

**JÚLIA CRISTINA GUERRA DE CARVALHO
DO COUTO**

**TRANSEXUALIDADE:
PASSADO, PRESENTE E FUTURO.**

Dissertação de Candidatura ao grau de

Mestre em Medicina Legal submetida ao
Instituto de Ciências Biomédicas de Abel
Salazar da Universidade do Porto

Orientador – Doutor Fernando Almeida
Categoria – Diretor de Departamento e
Professor do Instituto Superior da Maia
Afiliação – Instituto Superior da Maia

Aos meus Pais.
À memória dos meus Avós.

“Um direito que se impõe a todos os seres vivos é o direito à mudança”

Romaine Roland, Escritor Francês

(1866-1944)

AGRADECIMENTOS

Ao longo deste árduo processo, cruzei-me com pessoas extraordinárias que estimo imenso e a quem não poderia deixar de plasmar aqui o meu agradecimento.

Desde logo, agradeço ao Senhor Professor Doutor Fernando Almeida, meu Orientador, pela incansável disponibilidade demonstrada e calma com que sempre me brindou. Um simples obrigado é pouco para a gratidão que sinto!

À Senhora Professora Doutora Maria José Carneiro de Sousa Pinto da Costa que, na sua qualidade de Coordenadora do Mestrado em Medicina Legal, demonstrou total disponibilidade para solucionar problemas e contratempos que foram surgindo. Obrigada pela sua amizade e um enorme Bem Haja!

Ao Senhor Professor Doutor Ivandro Monteiro pela disponibilidade demonstrada quando lhe solicitei informações tão necessárias e prementes para utilizar neste trabalho. Obrigada por tudo!

Ao Senhor Professor Doutor João Décio Ferreira, pela sua preciosa e pronta colaboração, quer no fornecimento dos dados que lhe solicitei quer na autorização dada para utilizar toda a informação que entendesse da página de internet de que é proprietário. Obrigada por tudo, por todo o entusiasmo que demonstrou e força que me deu. Um eterno agradecimento por ser quem é ajudando estas pessoas da forma que o faz!

Aos meus amigos – eles sabem quem são – que se mantiveram do meu lado mesmo nos momentos mais difíceis e nas minhas muitas ausências em momentos tão importantes para eles. Um grande beijo e abraço de amizade!

Por último e mais importante, aos meus pais que foram incansáveis com o seu apoio incondicional e muita compreensão, que aguentaram as minhas angústias, as minhas dúvidas e as minhas ansiedades durante todo o processo de elaboração deste trabalho. Amo-vos imenso e sem vocês não tinha sido possível chegar aqui!

RESUMO

Desde as origens da Medicina Legal que a comunidade médica se tem preocupado em compreender todos os fenómenos ligados à Psiquiatria / Psicologia, entre outras áreas.

Dessa preocupação surgiu a necessidade de entender fenómenos psico-físico-sociais, como a transexualidade, que permitissem melhorar todas as vias de ajuda a pessoas que sofressem com o facto de se considerarem diferentes e de se sentirem excluídas social e legalmente.

Com este estudo pretendeu-se abordar o tema da Transexualidade de forma a desmistificar muitas das ideias pré-concebidas na sociedade civil e contribuir para uma mudança de mentalidades, ainda tão necessária em pleno século XXI.

Assim, na primeira parte deste trabalho faz-se uma abordagem às origens da Medicina Legal enquanto “*conjunto de conhecimentos médico-psico-biológicos aplicados ao Direito*”, analisando-se em seguida o percurso histórico da organização médico-legal portuguesa e, por fim, centram-se as atenções no Serviço de Psiquiatria Forense e na sua importância.

Na segunda parte procede-se a uma revisão da literatura relativa ao tema do estudo para melhor se entender a sua evolução histórica na conceptualização e contextualização. Abordam-se ainda os entendimentos do fenómeno, de acordo com a Psiquiatria e explica-se todo o processo de reatribuição sexual após diagnóstico favorável da perturbação de identidade de género. Neste capítulo ainda se efetua uma análise em termos de direito comparado, quanto ao reconhecimento legal da transexualidade, fora e dentro da Europa, analisando mais em detalhe o panorama legal português, antes e depois da entrada em vigor da lei que regula o processo de mudança de sexo e do nome próprio no Registo Civil. Termina-se esta parte com uma abordagem da importância da Medicina Legal nestes fenómenos.

Na terceira parte descreve-se e esclarece-se qual a metodologia de investigação que foi utilizada neste estudo.

Na quarta parte expõem-se os resultados obtidos pela investigação e discutem-se os mesmos.

E, por último, na quinta parte efetua-se uma breve reflexão sobre a Transexualidade, acentuando-se os problemas que podem surgir no panorama legislativo e social nacional, sugerindo-se pequenas alterações, quer no campo da Psiquiatria – na fase da avaliação da personalidade destas pessoas –, quer no campo do Direito – em situações de puro contorno legal com o intuito de “fuga” à justiça dos Tribunais.

Pretende-se com este estudo abordar o tema da Transexualidade mantendo o maior respeito por todas as pessoas que sofrem com esta situação de uma forma sensibilizadora da sociedade civil para este tema cada vez mais atual.

Palavras-chave: Transexualidade, Identidade, Género, Assento de nascimento.

ABSTRACT

Since the Forensic Medicine's origins that medical community has been concerned with understanding all phenomena related to Psychiatry / Psychology, among other areas.

This concern emerged the need to understand phenomena psycho-physical-social as transsexuality, allowing improving all avenues of assistance to help people who suffer with the fact of considering different and feel excluded from socially and legally.

This study aimed to address the issue of Transsexuality in order to demystify many of the preconceived ideas of civil society and contribute to a change of attitude, yet so necessary in the 21th century.

Thus, in the first part of this work is an approach to the origins of Forensic Medicine as a "set of medical-psycho-biological knowledges applied to law", then analyzing the historical organization of forensics in Portugal and finally, focus attention on the Forensic Psychiatric Service and its importance .

In the second part proceeds to review the literature on the subject of the study to better understand its historical evolution in the conceptualization and contextualization. It addresses further understandings of the phenomenon, according to Psychiatry and explained the whole process of sexual reassignment after positive diagnosis of gender identity disorder. In this chapter still makes an analysis in terms of comparative law, as to the legal recognition of transsexuality, inside and outside of Europe, analyzing in more detail the portuguese legal landscape, before and after the entry into force of the law governing the change process of the sex and the name in the Civil Registry. We end up this part with an approach of the importance of Forensic Medicine in these phenomena.

The third part describes and clarifies which is the research methodology that was used in this study.

In the fourth part we expose the results obtained by research and discuss them.

And lastly, the fifth part performs a brief reflection on Transsexuality, accentuating the problems that may arise in the national legislative and social landscape's, suggesting minor changes, either in the field of psychiatry - at the stage of assessment personality of these people - whether in the field of law - in situations of pure contour cool in order to "escape" the justice of the courts.

The aim of this study is to address the issue of Transsexuality maintaining the utmost respect for all the people who suffer with this situation in a sensitizing civil society to this topic increasingly present.

Keywords: Transsexualism, Identity, Gender, Birth Certificate.

ÍNDICE

Agradecimentos	V
Resumo	VI
Abstract	VIII
Índice	IX
Índice de Tabelas	XI
Índice de Figuras	XI
Abreviaturas	XII
 I. INTRODUÇÃO.....	1
1.1. Origens da Medicina Legal	3
1.2. Organização Médico-Legal Portuguesa	8
1.3. A Psiquiatria Forense	12
 II. REVISÃO DE LITERATURA	17
2.1. O Termo e o Conceito de “Transexualidade”	19
2.1.1. Clarificação de Conceitos	19
2.1.2. Evolução Histórica da Transexualidade	23
2.2. A Importância da Psiquiatria no Diagnóstico da Perturbação de Identidade de Género	31
2.2.1. Evolução na Associação Americana de Psiquiatria.....	41
2.2.2. Evolução na Organização Mundial de Saúde	45
2.2.3. <i>The World Professional Association For Transgender Health’s Standards of Care</i>	49
2.2.4. Procedimentos de Avaliação da PIG em Portugal.....	51
2.3. O Renascer	59
2.3.1. A Hormonoterapia.....	59
2.3.2. As Cirurgias de Reatribuição Sexual	62
2.4. Reconhecimento Legal da Transexualidade no Mundo	71
2.4.1. Nos Países Não Europeus	74
2.4.2. Nos Países Europeus	89
2.5. A Problemática Legal da Transexualidade em Portugal	98
2.5.1. Ordenamento Jurídico Português.....	98
2.6. A Importância da Medicina Legal nos Casos de Transexualidade	106
 III. METODOLOGIA	111
3.1. Metodologia	113
3.1.1. Objetivos.....	113
3.1.2. Questões de Investigação	114
3.1.3. Opções Metodológicas.....	115
3.1.4. Delimitação do Estudo	116
3.1.5. Seleção de Sujeitos	117
3.1.6. Método de Recolha de Dados.....	117
3.1.7. Variáveis dos Dados.....	118
3.1.8. Tratamento da Informação.....	118
 IV. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	119
4.1. Análise dos Sujeitos da Amostra	121

4.2. Análise e Discussão dos Resultados	121
5. CONCLUSÕES	129
5.1. Conclusões	131
5.2. Perspetivas Futuras	132
6. BIBLIOGRAFIA.....	133
6.1. Bibliografia	135
6.1.1. Referências Bibliográficas	135
ANEXOS.....	143
Anexo I – Legislação Portuguesa	145
Anexo II – Legislação Europeia	150
Anexo III – Legislação Não Europeia	179
Anexo IV – Alguns Testes de Avaliação da Perturbação de Identidade de Género	211
Anexo V – Questionário sobre Cirurgias de Reatribuição Sexual	243
Anexo VI – Artigo Publicado	247
Anexo VII – Autorização de utilização das fotos e demais informação – Dr. João Décio Ferreira	251

INDICE DE TABELAS

<i>Tabela 1 – Escala de Orientação Sexual (S.O.S.) de Harry Benjamin (1966)</i>	28
<i>Tabela 2 – Escala de Kinsey (1958)</i>	29
<i>Tabela 3 – Factores relacionados com a definição de sexo e género</i>	32
<i>Tabela 4 – Diagnóstico diferencial na PIG</i>	37
<i>Tabela 5 – Disforia de Género no DSM</i>	44
<i>Tabela 6 – Diagnóstico de Identidade de Género na CID</i>	47
<i>Tabela 7 – Critérios de Diagnóstico de PIG na CID-10 e de Disforia de Género no DSM-5</i>	48
<i>Tabela 8 – Número de Operações efetuadas de Feminino para Masculino</i>	121
<i>Tabela 9 – Número de Operações efetuadas de Masculino para Feminino</i>	122

INDICE DE FIGURAS

<i>Figura 1: Antes de iniciar a hormonoterapia – visão posterior</i>	60
<i>Figura 2: Efeito da hormonoterapia após 2 anos e 2 meses – visão posterior</i>	60
<i>Figura 3: Antes do início da hormonoterapia - visão frontal</i>	60
<i>Figura 4: Efeito da hormonoterapia após 2 anos e 2 meses - visão frontal</i>	60
<i>Figura 5: Antes da cirurgia, no decurso da hormonoterapia</i>	64
<i>Figura 6: Após colocação de expansores</i>	64
<i>Figura 7: Após o período mínimo de 6 meses e já com as próteses definitivas com colocação sub-muscular</i>	64
<i>Figura 8: Antes da mastectomia</i>	67
<i>Figura 9: Depois da mastectomia subcutânea periareolar</i>	67
<i>Figura 10: Antes da mastectomia com enxerto de mamilos</i>	67
<i>Figura 11: Depois da mastectomia com enxerto de mamilos</i>	67
<i>Figura 12: Compressão mamária – visão frontal</i>	68
<i>Figura 13: Compressão mamária – visão lateral</i>	68
<i>Figura 14: Antes da colocação de próteses testiculares</i>	69
<i>Figura 15: 2 meses após a operação</i>	69
<i>Figura 16: Faloplastia - curvatura natural da cartilagem costal enxertada</i>	70
<i>Figura 17: Lesão após uma mastectomia</i>	108
<i>Figura 18: Sequela de uma faloplastia 1</i>	108
<i>Figura 19: Sequela de uma faloplastia 2</i>	108
<i>Figura 20: Distribuição das faloplastias</i>	122
<i>Figura 21: Distribuição das cirurgias genitais</i>	123
<i>Figura 22: Distribuição por Sexo/Género entre junho de 2005 e fevereiro de 2011</i>	124
<i>Figura 23: Distribuição por Sexo/Género entre março de 2011 e setembro de 2013</i>	124
<i>Figura 24: Dados Oficiais do Ministério da Justiça no primeiro ano de vigência da lei</i>	125

ABREVIATURAS

a.C.	antes de Cristo
al.	Alínea
art.	Artigo
arts.	Artigos
BDI	<i>Beck Depression Inventory</i>
CEDH	Convenção Europeia dos Direitos do Homem
CFM	Conselho Federal de Medicina
cfr.	Confronte
CID	Classificação Internacional de Doenças
CRP	Constituição da República Portuguesa
d.C.	depois de Cristo
Dr.	Doutor
Dra.	Doutora
DSM	<i>Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorders</i>
EEF	<i>Erickson Educational Foundation</i>
et al.	<i>et alli</i> (e outros)
etc.	<i>et cetera</i> (e o resto)
EU	<i>European Union</i> (União Europeia)
EUA	Estados Unidos da América
F→M	Feminino para Masculino
FLAC	<i>Free Legal Advice Centers</i>
INML, I.P.	Instituto Nacional de Medicina Legal, Instituto Público
INMLCF, I.P.	Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses, Instituto Público
M→F	Masculino para Feminino
MCMI	<i>Millon Clinical Multiaxial Inventory</i>
mg/d	miligramas por dia
MMPI	<i>Minnesota Multiphasic Personality Inventory</i>
n. ^o	Número
n. ^{os}	Números
OM	Ordem dos Médicos
OMS	Organização Mundial de Saúde
p. ex.	por exemplo
<i>per se</i>	por si
PIG	Perturbação de Identidade de Género
pp:	Páginas
SNS	Serviço Nacional de Saúde
S.O.S.	<i>Sex Orientation Scale</i>
s.d.	sem data

SCL-90-R	<i>Symptom Checklist-90-Revised</i>
séc.	Século
Sic	tal e qual
SNC	Sistema Nervoso Central
TEDH	Tribunal Europeu dos Direitos do Homem
TV	Televisão
v.g.	<i>verbi gratia</i> (= por exemplo)
vs.	<i>versus</i> (= contra)
WPATH	<i>World Professional Association for Transgender Health</i>

I. INTRODUÇÃO

1.1. ORIGENS DA MEDICINA LEGAL

A Medicina Legal é, atualmente, entendida como um conjunto de conhecimentos médico-psico-biológicos aplicados ao Direito, nas suas mais diversas expressões (v.g. direito civil, direito penal, direito do trabalho, direito administrativo e muitos outros) (Costa, 2009).

Todavia, nem sempre a Medicina Legal foi entendida desta forma.

Ao longo do seu percurso histórico, muitos têm sido os autores que a têm tentado definir, nomeadamente, Ambroise PARÉ – considerado o pai da Medicina Legal – que a definiu como “a arte de fazer relatórios em juízo”, ou LACASSAGNE que a entendeu como “arte de pôr os conceitos médicos ao serviço da administração da Justiça”.

A Medicina Legal foi sofrendo várias mudanças, sendo influenciada pelas necessidades que em cada época foram surgindo no ordenamento jurídico e social em relação à Medicina.

É assim possível discernir vários períodos relevantes na história da Medicina Legal:

Antiguidade

A Medicina Legal sempre teve a sua importância no conjunto de atividades sociais, mas neste período existem referências esparsas e isoladas, rudimentares, despidas de qualquer carácter científico nas legislações dos povos antigos. Era considerada mais como arte do que como ciência sendo tida como uma profissão subalterna que procurava atribuir origens extra terrenas às doenças (Costa, 2003).

Na Antiguidade (cerca de 3000 a.C.), Imotep é considerado o primeiro perito médico-legal. Nesse tempo a medicina egípcia era socializada, os médicos eram indicados pelo Estado, já havia especialidades e puniam-se severamente os erros profissionais (Costa, 2003).

Nas culturas mesopotâmicas, sobretudo na babilónica, o feito mais importante foi a compilação do *Código de Hammurabi*, que data do séc. XVIII a.C., e o *Código dos Hititas*, que data do séc. XV a.C.. No primeiro encontra-se uma notável referência ao campo do Direito Médico, sobretudo em relação a honorários médicos e questões de responsabili-

dade bem como as indemnizações por lesões (Corbella, 2004). O Código de Hammurabi baseou-se na Lei de Talião, de onde provém a máxima “olho por olho, dente por dente”.

No Egito conservavam-se os cadáveres através dos famosos embalsamamentos, mas cuja finalidade era religiosa e não médica. Em casos de crimes de violência sexual condenava-se o suspeito se, estando atado sobre o leito numa sala do templo, apresentasse ereção peniana ante a estimulação sexual desencadeada pela visão de belas virgens que dançavam nuas ou apenas com roupas transparentes (Corbella, 2004; Galvão, 2009).

De Israel – reinado de Salomão (961 – 922 a.C.) – destaca-se a descrição dos costumes e obrigações relacionados com a atividade sexual, assim como as causas médicas de nulidade do casamento e de divórcio (Corbella, 2004).

A cultura chinesa não teve qualquer contacto com o ocidente até muito tarde e o dado mais importante foi a compilação do “Hsi-Yuan-Lu”, texto este tipicamente médico-legal que data de meados do século XIII a.C. (cerca de 1240 a.C.) e que instruía sobre o exame *post-mortem*, listava os antídotos para venenos e dava orientações acerca de respiração artificial. Classificavam-se, ainda, as lesões de acordo com o instrumento que as produzia e a sua gravidade consoante a região do corpo onde fosse infligida a agressão (Corbella, 2004; Galvão, 2009).

Na Índia, o aspeto de maior interesse foi a valorização das lesões, da qual dependia o castigo que deveria ser aplicado ao seu autor, sobretudo as amputações que formavam parte das penas previstas no Código de Manu (Corbella, 2004).

Na Grécia antiga o interesse pela Medicina foi enorme destacando-se os aspetos mais éticos, ou deontológicos dos problemas da profissão médica. Daí o Juramento Hipocrático ser mais valorado pelo seu simbolismo do que pelo seu conteúdo estrito. GALENO (131 – 210 d.C.) fez experiências em animais e dissecou os seus cadáveres, contudo cometeu o grave erro de ter transportado para o Homem, sem qualquer adaptação, todos os dados sobre as estruturas dos animais (Corbella, 2004).

Período Romano

No Direito Romano, a *Lei das Doze Tábuas* (451 – 450 a.C.) incluiu normas sobre a duração da gravidez (Tábua IV) e da responsabilidade do doente mental (Tábua I) (Carri-lho, 2008).

Na Roma antiga, encontramos inúmeras referências legislativas, relativamente a diversos aspetos médico-legais como, por exemplo, a reparação das lesões (*Lex Cornelia de Injuriis*; *Lex Aquilia*), bem como a lei que restringia o uso dos venenos (*Lex Cornelia de sicariis et veneficiis*) (Corbella, 2004).

Nesta fase, anterior à Reforma de Justiniano, a *Lex Regia* (atribuída a Numa Pompílio) prescrevia a histerectomia na morte de mulher grávida (Galvão, 2009).

ANTÍSTIO, médico, examinou as muitas feridas do cadáver de Júlio César (após o seu assassinato) e declarou que apenas um dos ferimentos fora mortal. Todavia, este exame era ainda superficial dado que a necropsia era tida como uma violação do cadáver (Galvão, 2009).

Com o *Digesto* justiniano (século VI), a Medicina e o Direito emanciparam-se embora tendo implícita a Medicina Legal, como se preconizava na seguinte disposição: “*Medici non sunt proprie testes, sed magis est iudicium quam testimonium*” (ou seja, os médicos não testemunham, ajuízam) (Galvão, 2009).

Idade Média

Neste período, o progresso científico foi pouco significativo devido à proibição de dissecação cadavérica.

Todavia, é nesta época que surgem os primeiros vislumbres da intervenção médica na administração da justiça e a influência dos conhecimentos médicos na redação das leis. Isto é patente na lei sálica, na germânica e nas Capitulares de Carlos Magno, que contêm detalhes de anatomia sobre ferimentos e sobre a reparação devida às vítimas, conforme a sede e a gravidade das mesmas (Costa, 2003). Esta época ficou marcada indubitavelmente pelas Capitulares pois estabeleceram que os julgamentos se deveriam apoiar no parecer dos médicos (Galvão, 2009).

Infelizmente, após Carlos Magno, sobreveio a onda de vandalismo que conduziu à extinção da Medicina Legal, substituindo-a pela prática cruel nórdico-germânica da Inquisi-

ção segundo a qual a pena dependia do dano causado invocando-se o Juízo de Deus através das “ordálias” (Galvão, 2009).

Período Canónico / Renascentista

Este período compreende 400 anos (1200 – 1600) sendo restabelecida a importância das perícias médico-legais, como se pode depreender da bula do Papa Inocêncio III, em 1209, em que a realização das perícias relativamente à análise pelo tribunal dos ferimentos passa a ser uma prática habitual e os médicos deveriam estar à disposição dos tribunais até aos feriados (Galvão, 2009; Silveira, 2009).

Neste período há uma influência benéfica do Cristianismo, que, pela codificação das Decretais dos Pontífices dos Concílios, fornece normas ao Direito Moderno dos povos civilizados (Galvão, 2009).

Um texto que foi da maior importância, já no século XVI, foi o *Código de Bamberg*, promulgado em 1507, cujo objetivo foi regulamentar a função médico-legal. Este texto dispõe a obrigatoriedade de se solicitar a opinião médica em casos de homicídio, erros médicos e infanticídio, e ordena o exame médico-legal do cadáver quando a morte tivesse sido provocada por feridas / lesões. O mesmo constava do “*Edito della gran carta della Vicaria di Napoli*”, de 1525 (Manual de Medicina Legal, s.d.).

Contudo o facto mais marcante deste período deu-se com a promulgação do Código Criminal Carolino (1532), que estabelecia que o perito médico devia ajudar os juizes em casos de homicídios, feridas, envenenamentos, enforcamento, submersão, infanticídio, abortos e outro tipo de lesões. Este é considerado como o primeiro documento organizado de Medicina Forense, conferindo obrigatoriedade à perícia médica e determinando o parecer dos médicos antes das decisões dos juizes. Caso exemplar foi o da necrópsia efetuada, decorria o ano de 1521, ao cadáver do Papa Leão X, por suspeita de envenenamento (Galvão, 2009).

Este marco histórico veio dar o exemplo para que em toda a Europa se fosse modificando a legislação no mesmo sentido.

Em 1575 é publicado o primeiro livro de Medicina Legal, da autoria de Ambroise PARÉ, intitulado “*Des Rapports et Des Moyens D’Embaumer Les Corps Morts*”, e que conduziu ao seu reconhecimento, em França, como o “Pai da Medicina Forense” (Galvão, 2009). Nesta obra, Ambroise Paré falava de mortes por feridas, abortos, infanticídio, mor-

te por descargas atmosféricas, enforcamento, afogamento e envenenamento por monóxido de carbono, assim como a perda de membros e a impotência.

Período Moderno / Científico

Considera-se que este período teve o seu início com a publicação em Itália, em 1602, do livro intitulado “*De Relatoribus Libri Quator in Quibus e a Omnia quae in Forensibus ac Publicis Causis Medici Preferre Solent Plenissime Traduntur*”, de Fortunato Fidelis (Galvão, 2009).

Mas foi entre 1621 e 1658, que foi publicado o verdadeiro tratado de Medicina Legal, com 1200 páginas e dividido em três volumes – “*Quaestiones Medico Legales Opus Jurisperitis Maxime Necessarium Medicis Peritilis*” – da autoria de Paolo ZACCHIA, médico pessoal do Papa Inocência X e responsável pelos serviços sanitários dos Estados da Igreja. Este tratado representou a cristalização dos conhecimentos em campos tão diversos e com um texto coerente, como a sexologia, a psiquiatria, a morte, entre outros. É, por isso, considerado pela maioria dos autores, como o verdadeiro fundador da Medicina Legal (Galvão, 2009; Silveira, 2009).

No século XVII, a ciência passou a ser dominada sobretudo pelo saber como a realidade se expressa, ficando o conhecimento das causas limitado ao campo da filosofia.

Este foi um período em que o homem científico era considerado um homem confuso, perante as várias concepções existentes, provenientes do Renascimento. Na medicina esta confusão refletiu-se na apresentação de novas teorias (Costa, 2003).

Todavia, foi já no século XIX que a Medicina Legal encontra o seu lugar de relevo junto da Justiça, a partir do momento em que as suspeitas passam a poder ser, finalmente, confirmadas pelo exame necroscópico.

Desde então, nomes como Orfila, Divergie, Lacassagne, Tardieu e Brouardel, em França, entre outros, foram reconhecidos na ciência por contribuírem para o constante e vertiginoso progresso, por aquisições científicas, para o aperfeiçoamento dos métodos de pesquisa e encadeamento doutrinário da Medicina Legal (Costa, 2003; Galvão, 2009).

De igual modo, foram importantes no campo da Psiquiatria Forense, os contributos de Brierre de Boismont e de Legrand de Saulle.

Foi neste século que a ciência ganhou finalmente a autonomia e o seu conceito básico evoluiu concomitantemente aos expressivos progressos do conhecimento huma-

no, à invenção de novos aparelhos e descobertas de novas técnicas e padrões, cada vez mais necessários e exatos.

Atualmente, assistimos a uma progressiva diferenciação de conteúdos e aumentando o interesse nas especializações e especialidades médicas e outras. É o caso do interesse crescente pela doença mental, na Psiquiatria, que durante muitos anos teve uma abordagem em grande parte médico-legal.

1.2. ORGANIZAÇÃO MÉDICO-LEGAL PORTUGUESA

Os primeiros textos legais portugueses com conteúdo médico-legal datam do século XVI, por altura das Ordenações Manuelinas, sendo obrigatória a intervenção de dois cirurgiões para a realização dos exames necessários nos crimes por ferimentos (Vieira, 2012).

Todavia, somente no século XIX é que se verificou a criação de um verdadeiro sistema médico-legal dando-se um salto qualitativo que veio a permitir o seu efetivo desenvolvimento até à atualidade.

O primeiro diploma legislativo que seriamente se debruçou sobre a realização de perícias médico-legais no nosso país foi a Carta de Lei de 17 de agosto de 1899. Neste diploma Portugal foi dividido em três circunscrições médico-legais (Lisboa, Porto e Coimbra), passando a funcionar um conselho médico-legal, ao mesmo tempo que são criadas as morgues junto da Faculdade de Medicina de Coimbra e das Escolas Médicas de Lisboa e do Porto, com vista a garantir a realização de autópsias médico-legais e o ensino prático da medicina legal, sem deixar de se prever a realização de investigações químicas e bacteriológicas nos institutos técnicos do Estado e nos laboratórios municipais de Lisboa e do Porto. A 16 de novembro desse mesmo ano é publicado o Regulamento dos Serviços Médico-Legais onde se fixaram os termos de funcionamento dos conselhos médico-legais bem como o formalismo a observar na realização dos diversos exames médico-legais (Lopes, 1982; Dec.-Lei n.º 11/98).

Em 1918, as morgues foram extintas e foram criados os Institutos de Medicina Legal de Lisboa (Decreto n.º 4808, de 11 de setembro), Porto e Coimbra (Decreto n.º 5023, de 29 de novembro) (Dec.-Lei n.º 11/98).

Graças ao progresso científico, tecnológico e doutrinário que se foi verificando, estes serviços foram desenvolvendo novas áreas de intervenção pericial abrangendo um largo leque de domínios da prática médico-legal e forense: desde as autópsias aos exames de clínica médico-legal com interesse em várias áreas do direito (civil, trabalho, penal, administrativo, entre outras), da balística aos exames de documentos, da toxicologia à genética forenses, da antropologia à psiquiatria forenses (Vieira, 2012).

Em 1957 foi criado o Laboratório de Polícia Científica e muitas das competências pertencentes aos Institutos de Medicina Legal passaram a pertencer a este laboratório que ficou localizado em Lisboa, sob a alçada da Polícia Judiciária. Nos Institutos mantiveram-se as perícias relativas à patologia forense (autópsias, antropologia forense e histopatologia), à clínica forense (exames periciais a vítimas em direito penal, do trabalho, civil, exames no âmbito da psiquiatria e psicologia forenses, entre outros), à genética forense (investigações de paternidade) e à toxicologia forense (identificação de substâncias tóxicas e venenos) (Vieira, 2012).

Em 1987, verificou-se uma enorme alteração legislativa com a publicação do Decreto-Lei n.º 387-C/87, de 29 de dezembro, onde se procurou reorganizar os serviços médico-legais, nomeadamente mediante a criação do Conselho Superior de Medicina Legal, a previsão de criação de gabinetes médico-legais em áreas com grande movimento pericial, bem como mediante a alteração do sistema de nomeação dos peritos médicos com o fim de alcançar um maior rigor no seu recrutamento. Este regime legal veio a ser ligeiramente alterado pelo Decreto-Lei n.º 431/91, de 2 de novembro, visando-se a criação da carreira médica de medicina legal (Dec.-Lei n.º 11/98).

A 24 de janeiro de 1998, com a publicação do Decreto-Lei n.º 11/98, operou-se mais uma alteração significativa na organização médico-legal portuguesa. Visou-se neste diploma legal uma melhor explicitação das atribuições dos serviços médico-legais alargando-se as competências do Conselho Superior de Medicina Legal, reforçando-se a intervenção técnico-científica dos Institutos com redefinição orgânica de competências internas, clarificando-se o regime de realização de autópsias médico-legais e eliminando-se lacunas e ambiguidades nas regras que as disciplinam (por exemplo, criação de critérios omissos na lei que permitam às autoridades judiciais fundamentar a dispensa de autópsias, com a previsão de que tal situação só pode ocorrer se as informações clínicas e demais elementos recolhidos permitirem concluir, com suficiente segurança, pela inexistência de suspeita de crime) e, por fim, possibilitando-se aos Institutos de Medicina Legal e aos Gabinetes Médico-Legais receberem denúncias de crimes contra a liberdade

e autodeterminação sexual e de adotarem as medidas cautelares necessárias e urgentes para garantir a conservação dos meios de prova.

Em 2001, com a publicação do Decreto-Lei n.º 96/2001, de 26 de março, foram extintos os três institutos de medicina legal existentes, passando a dispor-se de um único Instituto Nacional de Medicina Legal, I.P., com sede em Coimbra, integrando três Delegações dele dependentes, localizadas em Lisboa, Porto e Coimbra bem como 31 Gabinetes Médico-legais, localizados em várias zonas do país que, em total coordenação, se pretende que assegurem a cobertura do território nacional em termos de perícias médico-legais. Esta unificação teve como objetivo a instituição de metodologias periciais uniformes em todo o País embora salvaguardando a independência técnico-científica própria de cada perito na apreciação de cada processo.

As Delegações, com este diploma, passam a compreender os seguintes serviços: Tanatologia Forense (realização das autópsias médico-legais relativas aos óbitos verificados nas comarcas do âmbito territorial de atuação da delegação respetiva, bem como identificação de cadáveres e restos humanos, embalsamamento e estudo de peças anatómicas), Clínica Médico-Legal (realização de exames e perícias em pessoas, para descrição e avaliação dos danos provocados na integridade psicofísica, nos diversos domínios do direito, nomeadamente no âmbito do direito civil, penal e do trabalho, nas comarcas do âmbito territorial de atuação da respetiva delegação), Toxicologia Forense (realização de perícias e exames laboratoriais químicos e toxicológicos no âmbito das atividades da delegação e dos gabinetes médico-legais que se encontrem na sua dependências, bem como a solicitação dos tribunais, da Polícia Judiciária, da Polícia de Segurança Pública, da Guarda Nacional Republicana e do presidente do conselho diretivo do Instituto Nacional de Medicina Legal), Genética e Biologia Forense (realização de perícias e exames laboratoriais de hematologia forense e demais vestígios orgânicos, entre outros), Anatomia Patológica Forense (realização de perícias e exames de anatomia patológica) e Psiquiatria Forense (realização de perícias e exames psiquiátricos e psicológicos solicitados à respetiva delegação).

Foi igualmente criado o Conselho Nacional de Medicina Legal, envolvendo um leque alargado de representantes das estruturas direta ou indiretamente ligadas à peritagem médico-legal e à formação pré e pós-graduada neste domínio.

Em 2007, pelo Decreto-Lei n.º 131/2007, de 27 de abril, foram eliminados alguns dos órgãos que compunham o Instituto Nacional de Medicina Legal, como foi o caso do Conselho Nacional de Medicina Legal cujas principais competências transitaram para o Conselho Médico-Legal. Foi ainda prevista a redução dos serviços técnicos de cada

delegação os quais, pela Portaria n.º 522/2007, de 30 de abril, passaram a ser quatro e não seis como até então, conseguida através da criação dos serviços de Patologia Forense (integrando os anteriores serviços de tanatologia forense e de anatomia patológica forense) e de Clínica Forense (integrando os anteriores serviços de clínica médico-legal e de psiquiatria forense).

Já em 2012, e no âmbito da Reforma da Administração Pública, no sentido de a tornar eficiente e racional na utilização dos recursos públicos bem como para o cumprimento dos objetivos da redução da despesa pública a que Portugal passou a estar vinculado, veio a eclodir uma nova reforma na organização médico-legal, através do Decreto-Lei n.º 166/2012, de 31 de julho.

No âmbito da organização médico-legal e forense, enquanto conjunto de serviços especializados de apoio técnico pericial aos tribunais, e no sentido de melhorar a resposta pericial às autoridades judiciais e judiciais, revelou-se adequado ao Legislador introduzir alterações na estrutura orgânica do INML, I.P. Deste logo, este instituto passou a designar-se Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses, I.P., tendo-lhe sido atribuídas novas competências funcionais na área das ciências forenses e nos diversos domínios do Direito, com vista a garantir-se assim a realização, pelos serviços públicos, de certas perícias até agora não disponíveis.

Uma das grandes novidades neste diploma foi a criação da comissão de ética (art. 9.º), órgão de natureza consultiva *“nas matérias de ética atinentes à realização das atribuições do Instituto, competindo-lhe promover a reflexão e contribuir para a definição das diretrizes adequadas à consolidação de uma política de salvaguarda de princípios éticos e deontológicos, designadamente emitindo pareceres, quando lhe for solicitado, ou propondo, por iniciativa própria, a adoção de códigos de conduta”*.

Pela Portaria n.º 19/2013, de 21 de janeiro, foram aprovados os Estatutos do Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses, I.P., efetivando-se uma reorganização interna dos seus serviços.

De relevante convirá referir a criação, nos serviços centrais, de novas unidades orgânicas, nomeadamente, dos serviços de Genética e Biologia Forenses, de Química e Toxicologia Forenses e de Tecnologias Forenses e Criminalística. Relativamente aos Serviços de Clínica e Patologia Forenses, passam a ser unidades orgânicas desconcentradas que funcionam nas Delegações (Norte, Centro e Sul). O INMLCF, I.P., dispõe ainda de 27 Gabinetes Médico-Legais e Forenses.

Ao recém-criado Serviço de Tecnologias Forenses e Criminalística competirá *“assegurar, a nível nacional, no âmbito dos diversos domínios do Direito, e das atividades*

das delegações e dos gabinetes médico-legais, bem como a solicitação das autoridades para o efeito competentes, a pesquisa, registo, colheita e tratamento de vestígios, e a realização de perícias nas diferentes áreas das ciências forenses não enquadráveis nas competências dos restantes serviços técnicos, designadamente e entre outras, no âmbito da análise da escrita e documentos, balística e física” (art. 7.º).

A medicina legal é, pois, uma área que se tem de ir adaptando em cada época aos requisitos científicos do momento histórico, bem como às necessidades sociais e ao ordenamento jurídico vigente.

É, por isso, uma ciência em permanente adaptação e expansão, cujos conteúdos e metodologias devem sofrer contínuas modificações decorrentes não apenas do constante avanço da tecnologia e dos conhecimentos médicos mas também, de forma muito marcada, das alterações que se vão produzindo no campo do direito.

O diversificado leque de atividades que envolve (clínica e patologia forenses, química e toxicologia forenses, genética e biologia forenses, tecnologias forenses e criminalística) permite evidenciar a medicina legal como uma disciplina que existe em função dos vivos, para os vivos e onde estes representam nos dias de hoje a maior parcela do âmbito e objeto.

Nas palavras sábias do Professor Pinto da Costa (2009), *“A Medicina Legal tem uma dimensão social e humana sem limites. Ela deixou de ser apenas a Medicina dos ‘tiros e das facadas’ para se ocupar da figura humana na plenitude dos seus anseios e dificuldades”*.

1.3. A PSIQUIATRIA FORENSE

Num brevíssimo percurso histórico da Psiquiatria cabe apontar como primeiro marco o tratado *“Si Yuan”*, de Sang T’su, jurista do séc. XIII a.C., e segundo o qual, nos casos de homicídio, a veracidade da declaração do réu era controlada por um ritual que na Idade Médica constituiria o Juízo de Deus (Costa, 2000). A culpabilidade era decidida mediante as expressões faciais do réu, as suas reações, a sua atitude corporal, a alteração da sensibilidade e da motricidade.

Nos primeiros séculos da era cristã prevaleceu a magia e os Papas não negavam a existência de seres sobrenaturais. Nesta época os loucos eram perseguidos pela Igreja

por serem considerados como indivíduos possuídos pelo diabo. Mas foi Frei Juan Gilbert Jofré que, com o seu pensamento de que o louco não era nem um possesso nem um endemoniado e sim um doente, levou à criação em 1410 do Hospital dos Inocentes em Valência (Costa, 2000).

Lacassagne (1843-1924) distinguiu-se pelos seus estudos sobre o delito e o delinquente, sendo-lhe bem conhecida a máxima “*as sociedades têm os criminosos que merecem*” (Costa, 2000).

Entre os múltiplos aspetos da psiquiatria forense, há três que são clássicos: a existência de doença psiquiátrica referida em vários artigos da legislação, a alienação e a imputabilidade (Costa, 2000).

Nos dias de hoje, abarca a legislação em vigor, a relação do direito e da psiquiatria, as bases da criminologia e as principais síndromes psiquiátricas relacionadas com o crime (entre elas contam-se as psicoses esquizofrénicas, as doenças cerebrais, a epilepsia, as personalidades psicopáticas, a deficiência mental, as perturbações afetivas, o alcoolismo, a toxicodependência, as cromossomopatias e os desvios sexuais) (Costa, 2000).

Todavia, e muito embora na relação com a Justiça a psiquiatria tenha uma ligação forte ao direito penal (determinação da perigosidade, da inimputabilidade, e da credibilidade / capacidade para testemunhar), tem também relevância em casos do âmbito do direito civil (determinação das consequências psiquiátricas de um traumatismo, interdição, inabilitação, incapacidade para testar ou anulação de testamento, inibição do exercício das responsabilidades parentais, internamento e tratamento compulsivos), do âmbito do direito do trabalho (determinação das consequências psiquiátricas de um acidente de trabalho), do âmbito do direito militar (avaliação das capacidades psiquiátricas para exercer funções militares), do âmbito do direito administrativo (avaliação da capacidade profissional) e, mais recentemente, em casos do âmbito do direito registal (determinação da perturbação da identidade de género para efeitos de mudança de sexo e nome próprios) (Magalhães, s.d.).

Pode, assim, afirmar-se com Pedro Polónia (citado por Magalhães, s.d.), que a Psiquiatria Forense é “*uma ciência auxiliar do direito que estabelece e define os elementos necessários ao fundamento da opinião médica que informa o juiz a respeito da aplicação da lei aos portadores de doenças e anomalias mentais*”. Esta vertente da prática psiquiátrica (e da psicologia) exige aptidões e competências para a sua execução, dadas as especificidades inerentes à interface entre a lei e a saúde mental.

Como se poderá ainda afirmar que cada vez mais, o contributo da Psiquiatria e da Psicologia Forense, ultrapassa a questão do enquadramento legal dos doentes mentais passando a estar presente igualmente na vida social e de modo crescente (Gonçalves, Graça, Almeida & Vieira, 2010).

Desde há décadas, que a Psiquiatria Forense foi integrada na organização médico-legal portuguesa como serviço técnico autónomo.

Em 1998, competia, ao serviço de psiquiatria forense, *“a realização de perícias e exames psiquiátricos solicitados ao instituto, sem prejuízo da possibilidade da sua distribuição pelos diversos serviços que, de acordo com a lei em vigor, possuam competência para a sua realização”*.

Em 2001, com a criação do Instituto Nacional de Medicina Legal, este serviço passou a ter a competência de realizar *“perícias e exames psiquiátricos e psicológicos solicitados à delegação”*.

No entanto, em 2007, com a publicação da Portaria n.º 522/2007, de 30 de abril que alterou a nomenclatura do Instituto Nacional de Medicina Legal, o serviço de psiquiatria forense é integrado no Serviço de Clínica Forense, o qual passa a ter competência para realizar perícias e exames em pessoas *“de natureza psiquiátrica e psicológica”*, sem prejuízo destes exames psiquiátricos e psicológicos poderem ser realizados por entidades terceiras, públicas ou privadas, contratadas ou indicadas pelo próprio INML, I.P. (art. 12.º). Tinham ainda competência para a realização deste tipo de exames os gabinetes médico-legais.

Atualmente e com a aprovação dos novos Estatutos do Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses, I.P., publicados em 21 de janeiro de 2013 (Portaria n.º 19/2013), os exames e perícias forenses, de natureza psiquiátrica e psicológica, são da competência do Serviço de Clínica e Patologia Forense e dos Gabinetes Médico-Legais e Forenses [arts. 9.º, n.ºs 2, al. b) e 4, e 11.º, n.º 1, al. a)].

A importância da Psiquiatria Forense na sua relação com o Direito está patente nos relatórios decorrentes dos pedidos de perícia médico-legal.

Assim, o relatório de psiquiatria forense, tal como os restantes relatórios médico-legais, deve conter dados objetivos, bem sistematizados, numa linguagem simples, acessível a não técnicos de saúde mental, definindo conceitos a que recorre e apresentando

conclusões bem fundamentadas, em casos complexos de perícias, podendo ser, inclusive, necessário recorrer à observação do comportamento no seu meio e a informações de terceiros (familiares, amigos, vizinhos, colegas de trabalho, etc.) (Magalhães, s.d.).

Pode, portanto, afirmar-se que a Psiquiatria e Psicologia Forense englobam uma grande variedade de domínios do saber, apoiando-se no contributo de diferentes disciplinas (Gonçalves *et al.*, 2010).

Trabalhar em contexto forense exige um conhecimento eclético, a par da formação específica, que prepare para as tarefas que serão confiadas, assim como a promoção da colaboração entre psicólogos, psiquiatras e especialistas de outras disciplinas que, no sistema de justiça, lidam com os mesmos problemas, designadamente profissionais de direito, da saúde mental ou de outras áreas das ciências sociais e humanas (Gonçalves *et al.*, 2010).

II. REVISÃO DE LITERATURA

2.1. O TERMO E O CONCEITO DE “TRANSEXUALIDADE”

Ao preparar-se uma abordagem do tema: “Transexualidade – Passado, Presente e Futuro” mostra-se pertinente abordar a história do termo / conceito “transexualidade” bem como inserir a temática na área da Psiquiatria, de onde ela é proveniente, distinguindo aqui a sua evolução nas duas classificações internacionais de doenças mentais.

Torna-se ainda imperioso, porque indispensável a quem é diagnosticada esta perturbação, abordar todas as cirurgias a que são sujeitos para conseguir atingir o seu objetivo de vida.

2.1.1. CLARIFICAÇÃO DE CONCEITOS

O termo “transexualidade” não é apenas o único a ser empregue pelos vários autores que escreveram, até aos nossos dias, sobre este tema.

Há, nesta fase, que proceder a uma singela clarificação de conceitos dado que, profissionais de saúde e sociedade em geral ainda tendem a confundir transexualidade com outras atuais ou antigas perturbações sexuais.

Sexo: classificação biológica das pessoas como machos ou fêmeas, baseada em características orgânicas como cromossomas, níveis hormonais, órgãos reprodutivos e genitais (Jesus, 2012). O conceito de sexualidade envolve bem mais do que apenas e tão só a genitália. Atualmente o sexo não é considerado apenas um mero elemento fisiológico geneticamente determinado e imutável.

Presentemente a definição de sexo abranje cinco elementos: genótipo (sexo genético), fenótipo (sexo físico), sexo gonádico (gónadas), sexo psicológico e sexo social. Cada um destes apresenta três possibilidades, a saber: masculino, feminino e outros.

Mas ainda se tem de considerar outros elementos quando se fala de sexualidade: orientação sexual e escolha do parceiro na atividade sexual (Monteiro, 2010).

Quando todos estes elementos não estão em consonância encontramos a transexualidade, como se verá mais à frente neste estudo.

Gênero: este termo tem a ver apenas com a sociedade e com a classificação pessoal e social das pessoas como homens ou mulheres, Orienta papéis e expressões de género sendo independente do sexo (Jesus, 2012).

Papel de Gênero: significa o modo de agir em determinadas situações conforme o gênero atribuído, ensinado às pessoas desde a nascença, sendo mutável cultural e historicamente (Jesus, 2012).

Identidade de Gênero: significa o gênero com o qual uma pessoa se identifica, que pode ou não concordar com o gênero que lhe foi atribuído aquando de seu nascimento. Diferente da sexualidade da pessoa, identidade de gênero e orientação sexual são dimensões diferentes e que não se confundem. Os indivíduos transexuais podem ser heterossexuais, lésbicas, homossexuais ou bissexuais, tanto quanto as pessoas que não se identifiquem com a transexualidade (Jesus, 2012).

É o sentimento de “masculinidade” ou de “feminilidade” que a pessoa tem, sendo uma aquisição cultural progressiva que, por sua vez, é determinante do comportamento, como qualquer outra característica psicológica profunda (Vieira, 2003; Vieira & Silva, 2005).

Homossexualidade: é utilizado para descrever pensamentos e sentimentos dirigidos a uma pessoa do mesmo sexo, bem como qualquer comportamento sexual associado (Vieira, & Silva, 2005). Este termo surgiu em 1869 quando o II Reich alemão o introduziu no Código Penal, sendo passível de pena de morte. Karoly Benkert – médico húngaro – trouxe neste mesmo ano a homossexualidade para a condição de doença mental de natureza congénita e que requer tratamento (Oliveira, s.d.). Entende-se por ser o oposto da heterossexualidade pois é utilizado para designar o interesse e a atração sexual por indivíduos do mesmo sexo existindo, desta forma, a homossexualidade masculina e a homossexualidade feminina (Jesus, 2012).

Em 1886, o sexólogo Richard von Krafft-Ebing listou a homossexualidade e outros 200 estudos de casos de práticas sexuais na sua obra “*Psychopathia Sexualis*”. Este médico propôs que a homossexualidade era causada por uma “inversão congénita” que ocorria durante o nascimento ou era adquirida pelo indivíduo.

Em 1952, a Associação Americana de Psiquiatria publicou, no seu primeiro *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM*, que a homossexualidade era uma desordem, o que fez com que a orientação sexual fosse estudada por cientistas, que acabaram por falhar de todas as vezes que tentaram comprovar que a homossexualidade era, cientificamente, um distúrbio mental. Com a falta desta comprovação, a Associação Americana de Psiquiatria retirou a orientação sexual da lista de transtornos mentais em 1973. Em 1975, a Associação Americana de Psicologia adotou a mesma posição e orientou os profissionais a não lidarem mais com este tipo de pensamento, evitando assim preconceito e estigmas falsos. Em 1980 foi definitivamente retirada do DSM-III enquanto

categoria diagnóstica, sendo apenas considerada como perturbação a homossexualidade egodistónica mas que foi retirada em 1987 com o DSM-III-R (Oliveira, s.d.).

Por sua vez, a Organização Mundial de Saúde incluiu a homossexualidade na classificação internacional de doenças de 1977 (CID) como uma doença mental tendo, na revisão da lista de doenças, a 17 de maio de 1990, sido retirada na CID-10.

Travestismo: este termo é utilizado para descrever o indivíduo que obtém prazer de cunho sexual ao vestir-se com roupas do sexo oposto ao seu, podendo, por vezes, envolver apenas a roupa interior bem como pode ocorrer apenas em privado, num ambiente discreto, longe dos olhares de outras pessoas. A orientação sexual não tem qualquer relação direta com o travestismo pois este fenómeno ocorre também em pessoas de orientação sexual diversa à da homossexualidade (Oliveira, s.d.).

Em 1910, o sexólogo Magnus Hirschfeld utilizou pela primeira vez o termo travesti. Mas no final dos anos oitenta do século passado, surgiram novos termos, como foi o caso das “drag queen” para designar homens que se vestem de mulheres para sair e se divertirem à noite nos clubes retratando mulheres charmosas, chiques e glamourosas, sempre atualizadas face às últimas tendências da moda feminina; surgiram também os “cross dressers”, que se vestem com roupas do sexo oposto, de modo elegante, frequentam clubes próprios mas que se assumem inteiramente como heterossexuais (Oliveira, s.d.).

Transgenerismo: termo abrangente pois a pessoa transgénero pode ser considerada aquela que se identifica com a identidade do sexo oposto mas não sente necessidade de transformação física. Corresponde, deste modo, à recusa das expectativas de género atribuídas ao seu sexo e à identificação com o sexo oposto. É, portanto, uma pessoa que não pretende mudar de sexo mas manifesta a identidade esperada para o sexo oposto podendo ser designado por “transexual não-operável” (Santos, 2012).

Hermafroditismo: termo utilizado para descrever a condição que decorre do desenvolvimento sexual embrionário irregular, podendo apresentar-se sob vários graus de sexo intermediário. Essa anomalia pode surgir de erros na determinação sexual (ou seja, definição genética do sexo genético de uma pessoa) quanto na diferenciação sexual (ou seja, na diferenciação das gónadas sexuais de uma pessoa).

Quando os erros surgem na fase da determinação sexual temos os casos denominados de hermafroditismo verdadeiro – indivíduos que apresentam tanto tecidos das gónadas femininas (ovários) quanto das masculinas (testículos), que podem estar conjugados num mesmo órgão chamado de ovotéstis, ou apresentar-se como órgãos separados. Geralmente, os dois cromossomas sexuais são femininos (XX) e a fisionomia tanto

pode ser de homem quanto de mulher, porém com genitália ambígua. A ocorrência deste tipo de hermafroditismo é rara (Santos, 2012).

Quando os erros surgem na fase da diferenciação sexual temos o pseudo-hermafroditismo masculino (indivíduo com cariótipo 46XY, com testículos e aspetos da genitália feminina, mas ausência de ovários) e o pseudo-hermafroditismo feminino (indivíduo com cariótipo 46XX, com a presença de ovários e aspetos da genitália masculina mas inexistência de testículos). No pseudo-hermafroditismo, as gónadas (ovários ou testículos), quando presentes, são femininas ou masculinas acompanhando o seu cariótipo e sexo interno (Santos, 2012).

Quando é diagnosticado o quadro clínico do hermafroditismo, é recomendável que seja efetuada a respetiva cirurgia corretiva visando adaptar o sexo externo ao interno ou o oposto. A decisão sobre qual dos sexos deverá predominar deve levar em consideração a ocasião do procedimento cirúrgico corretivo pois, se for durante a infância e antes do indivíduo começar a definir-se dentro dos padrões da masculinidade ou feminilidade socialmente impostos, será dada preferência ao sexo cromossómico, adequando a aparência externa ao cariótipo e órgãos internos; se a cirurgia corretiva ocorrer em momento mais tardio, deverá predominar o sexo culturalmente aceite pelo indivíduo (Oliveira, s.d.).

Todavia, é doutrina assente que o diagnóstico de hermafroditismo exclui o de transexualismo dado que o indivíduo transexual, ao contrário do hermafrodita, nasce com a genitália perfeita e adequada ao seu cariótipo e órgãos internos – trata-se de um homem 46XY ou de uma mulher 46XX sem a presença de condição de intersexualidade (Oliveira, 2012).

Intersexualidade: Este termo surgiu pelas mãos do biólogo Richard Godtschmidt no seu artigo “*Intersexuality and the Endocrine Aspect of Sex*”, escrito para o *Journal of Endocrinology*, em 1917, onde referiu uma vasta série de ambiguidades sexuais. Todavia, ainda era confundido com a homossexualidade e a bissexualidade. Atualmente, na biomedicina, o termo é usado para definir variações sexuais, sejam em relação à genitália externa ou não (Santos, 2012).

Em *Medline Plus* (página de internet de informação médica) a intersexualidade é definida como sendo um grupo de condições onde existe discrepância entre os genitais externos e os internos (testículos e ovários) (Santos, 2012).

O intersexo pode ser dividido em três categorias: intersexo 46XX (o indivíduo tem cromossomas femininos mas genitais externos com características masculinas), é igualmente conhecida por 46XX com virilização ou até mesmo por pseudo-hermafroditismo feminino; intersexo 46XY (o indivíduo tem cromossomas masculinos mas os genitais externos estão formados de forma incompleta, ambígua ou até são claramente femini-

nos), é conhecida por pseudo-hermafroditismo masculino; intersexo gonadal verdadeiro (aqui o indivíduo tem de ter quer tecido ovárico quer testicular, pode ter tudo na mesma gónada – ovotestis –, ou apenas um ovário e um testículo), é ainda conhecida como verdadeiro hermafroditismo.

Transexualidade: aqui deparamo-nos com uma inexistência de consenso universal acerca do que define a transexualidade. Terá sido Harry Benjamin que, em 1953, descreveria a transexualidade como “*a plena convicção por parte de um indivíduo de determinado sexo de pertencer ao sexo oposto, e o comportamento visando realizar essa convicção*” (Benjamin, 1999).

No entanto, atualmente, o transexual é aquela pessoa que apresenta um distúrbio de identidade de género, constante e persistente, que evolui na busca da mudança permanente do sexo anatómico, passando pelo vestir-se e comportar-se de acordo com o outro género, dando sequência a um tratamento hormonal e culminando numa cirurgia de redesignação sexual. Temos assim homens transsexuais (mulher para homem, ou FtM, do inglês *Female-to-Male*) e mulheres transsexuais (homem para mulher, ou MtF, do inglês *Male-to-Female*) (Ilga, 2008).

Este fenómeno é independente da orientação sexual do sujeito, podendo o transexual ser heterossexual, homossexual ou até bissexual.

2.1.2. EVOLUÇÃO HISTÓRICA DA TRANSEXUALIDADE

2.1.2.1. DA SUA ORIGEM À ATUALIDADE

A esta altura não se pode deixar de fazer uma breve abordagem histórica do fenómeno da transexualidade, atendendo a que a mesma se encontra ligada à evolução da sexologia e do seu estudo.

Império Romano

Não existem quaisquer referências históricas, anteriores ao Império Romano, sobre homens que vivessem como mulheres ou mulheres que vivessem como homens.

Segundo Green (1999), Filo, filósofo judeu do século I, morador em Alexandria, descreveu homens que se travestiam e viviam como mulheres, chegando a efeminar-se e a retirar o pénis – eram os denominados eunucos.

Green (1999) cita ainda descrições e poemas feitos pelos romanos Manilus e Juvenal relativamente a esses indivíduos que viviam e se comportavam como mulheres e tinham vergonha e ódio de serem vistos como homens. Esses eunucos, em Roma, ou tinham os testículos extirpados mantendo os seus pénis que lhes possibilitava ereções, ou tinham os testículos e pénis removidos.

São vários os imperadores romanos descritos por se travestirem ou apresentarem características efeminadas. Destacam-se apenas dois.

O primeiro respeita ao Imperador Nero (37 – 68 d.C.) que, após pontapear a sua esposa, Pópcia Sabina, até à morte, se arrependeu. Em 67 ordenou que um seu escravo, Sporus, fosse castrado e transformado em mulher. Após a cirurgia, os dois casaram formalmente e Sporus viveu como mulher a partir de então. Nero suicidou-se em 68 (Green, 1999).

O segundo respeita ao Imperador Heliogábalo (cerca de 203 – 222) que casou formalmente com um poderoso escravo, Hierocles, tendo adotado o papel de esposa e usando demasiada maquilhagem. Reza a história que este Imperador chegou a oferecer grandes somas de dinheiro ao médico que lhe pudesse dar genitais femininos (Green, 1999). Tem sido frequentemente caracterizado como um transgénero, provavelmente transexual mas tal epíteto não se torna adequado a alguém que viveu há quase dois mil anos, por impossibilidade de demonstração científica.

Período Renascentista

Durante esta época tem-se um caso notório de um Rei que queria ser considerado mulher. Foi ele Henrique III de França, “*Sa Majesté*”, que se apresentou aos deputados vestido de mulher, usando um longo colar de pérolas e um vestido curto (Green, 1999).

Século XIX

Foi neste século que surgiram os primeiros trabalhos científicos sobre sexualidade, em países germânicos.

Como já referido anteriormente, a homossexualidade foi um dos primeiros fenómenos com os quais, os pioneiros em sexologia tentaram a formulação de teorias de entendimento e explicação: mais sob uma perspectiva médica que moral.

Em 1886, Kraft-Ebbing (1840 – 1902) publicou o seu livro “*Psychopathia Sexualis*”, tendo sido o marco no início de um estudo médico organizado no que concerne à sexua-

lidade humana. Em 1877, Kraft-Ebbing já tinha utilizado o termo “*Metamorfose Sexual Paranóica*” para designar aquilo que atualmente é designado por transexualidade.

Século XX

Foi já em pleno século XX que se operou a distinção entre homossexualidade e travestismo.

Desde logo, Magnus Hirschfeld, que publicou em 1910 o livro “*Die Transvestiten*”, utilizou termos como pederastia, uranismo e homossexualismo como sinónimos. Não obstante esta confusão de termos, este médico foi pioneiro no uso do termo transexual referindo-se a um dos seus pacientes como sendo transexual psíquico. Em 1918 fundou em Berlim o primeiro instituto direcionado para a pesquisa e para o estudo da sexualidade – o Instituto de Ciências Sexuais (Siqueira, 2010).

Em 1936, o inglês Havelock Ellis – considerado como um dos primeiros e maiores incentivadores de todas as práticas sexuais – avança com os termos “inversão sexoestética” e “eonismo” para descrever o fenómeno do travestismo (Transexualidade, 2013).

Em 1949, Cauldwell descreveu, no seu artigo “*Psychopathia Transexualis*”, como “psicopatia transexual” o estranho caso de uma rapariga que queria ser homem (Cauldwell, 2001).

Em 1952, um jovem americano de 28 anos, George Jorgensen, após passar por uma série de tratamentos hormonais com objetivo de feminilização da sua aparência, submeteu-se a uma operação de transgenitalização. Esta operação foi realizada na Dinamarca pela equipa do médico Christian Hamburger. Com esse tratamento hormonal e com a cirurgia, o jovem conseguiu a aparência feminina desejada passando a chamar-se, desde então, Christine. Curiosamente, em 1954, foi eleita mulher do ano (Castel, 2001; Perelson, 2011).

As questões de identidade sexual ganham conhecimento público e interesse na investigação médica a partir da publicação deste caso no jornal “*The Daily News*” e os médicos que efetuaram a operação a este jovem ganham notoriedade.

É decorrente da publicidade concedida a este caso que, ainda em 1952, Harry Benjamin escreve pela primeira vez sobre o tema, no já desaparecido *International Journal of Sexology*, tendo escolhido o termo “transexualismo” para esta quase desconhecida sín-

drome. Benjamin transformou a transexualidade numa entidade autónoma, distinta de psicoses ou perversões. A sua principal preocupação foi demonstrar que uma pessoa transexual não é nem um fetichista travestido nem um homossexual travestido. O seu estudo sobre transexuais culminou na publicação, em 1966, do livro *“The Transsexual Phenomenon”*, no qual defendeu:

“The transsexual male or female is deeply unhappy as a member of the sex (or gender) to which he or she was assigned by the anatomical structure of the body, particularly the genitals. (...) The transsexual is physically normal. (...) True transsexual feel that they belong to the other sex, desire to function as members of the opposite sex and not merely to look like them. For them their genital organs, be they primary (testicles) ou secondary (penis and others) are repulsive deformities thar must be changed by the surgeon’s knife (...)” (Benjamin, 1999).

Foi este médico endocrinologista que estabeleceu uma escala de orientação sexual chamada de *“Harry Benjamin Sex Orientation Scale (S.O.S.), Sex and Gender Disorientation and Indecision (Males)”*, baseada na sua experiência profissional com essas pessoas, e na qual descreve tipos, diferenciando travestismo de transexualidade (Benjamin, 1999) – cfr. Tabela 1.

Sex Orientation Scale (S.O.S.)						
Desorientação e Indecisão de sexo e identidade de género (homens)						
	Grupo 1			Grupo 2	Grupo 3	
Perfil	Tipo I Travesti	Tipo II Travesti	Tipo III Travesti Verdadeiro	Tipo IV Transexual Não cirúrgico	Tipo V Transexual verdadeiro	Tipo VI Transexual verdadeiro
Sentimen- to quanto ao Género	Pseudo Masculino	Fetichista Masculino	Masculino (mas sem convicção)	Indeciso e a oscilar entre travesti e transexual	Intensidade moderada Feminino (<i>“Preso num corpo masculi- no”</i>)	Intensidade alta Feminino. Total inver- são psicos- sexual
Hábitos de vestuário e vida social	Vive como homem. Pode apre- sentar	Vive como homem. “Veste-se” periodica-	“Veste-se” constante- mente ou com a fre-	“Veste-se” com a fre- quência possível com	Vive e trabalha como mulher, se	Pode viver e trabalhar como mulher.

<i>Sex Orientation Scale (S.O.S.)</i> <i>Desorientação e Indecisão de sexo e identidade de género (homens)</i>						
	Grupo 1			Grupo 2	Grupo 3	
	pequena vontade de se vestir. Não é um verdadeiro travesti. Vida masculina normal	mente ou em parte do tempo. “Vestir-se” debaixo de roupas masculinas.	quência possível. Pode viver e ser aceite como mulher. Pode “vestir-se” debaixo de roupas masculinas, se não tiver outra hipótese.	alívio insuficiente do seu desconforto com o género. Pode viver como homem ou como mulher; por vezes de forma alterada.	possível. Alívio insuficiente de “se vestir”.	“Vestir-se” oferece alívio insuficiente. Intenso desconforto de género.
Objeto de escolha sexual e vida sexual	Hetero-, bi-, ou homossexual. Vestuário e mudança de sexo pode ocorrer, principalmente em fantasias masturbatórias. Pode apenas gostar de literatura travesti.	Heterossexual. Raramente bissexual. Masturbação com fetiche. Sentimentos de culpa. Penaliza-se e tem recaídas.	Heterossexual, exceto quando “se veste”. “Vestir-se” dá satisfação sexual com alívio do desconforto de género. Pode penalizar-se e ter recaídas.	Líbido muitas vezes diminuta.	Líbido baixa. Assexual, auto-erótico, ou actividade homossexual passiva. Pode ter sido casado e ter filhos.	Deseja intensamente relações com homens normais, assumindo o papel de “mulher”, se jovem. Mais tarde, líbido baixa. Pode ter sido casado e ter filhos, utilizando fantasias na relação sexual.
Escala de Kinsey	0-6	0-2	0-2	1-4	4-6	6
Cirurgia de conversão	Não considerada na realidade.	Rejeitada	Atualmente rejeitada, mas a ideia pode ser atraente.	Atrativa, mas não solicitada ou atração não admitida.	Solicitada. Normalmente indicada.	Urgentemente solicitada e normalmente obtida. Indicada.

<i>Sex Orientation Scale (S.O.S.)</i>						
<i>Desorientação e Indecisão de sexo e identidade de gênero (homens)</i>						
	Grupo 1			Grupo 2	Grupo 3	
Estrogenoterapia	Não interessado. Não indicada.	Raramente interessado. Ocasionalmente útil para reduzir a libido.	Atrativa como uma experiência. Pode ser útil emocionalmente	Necessária para conforto e equilíbrio emocional.	Necessária como substituta ou como preliminar para a cirurgia.	Necessária para alívio parcial.
Psicoterapia	Não desejada. Desnecessária.	Pode ser bem sucedida (Num ambiente favorável).	Se tentada normalmente não é bem sucedida como cura.	Apenas como orientação; caso contrário, recusada ou mal sucedida.	Rejeitada. Inútil para curar. Orientação psicológica permissiva.	Orientação psicológica ou psicoterapia apenas para alívio sintomático.

Observações	Interesse em “vestir” é apenas esporádico.	Pode parecer dupla personalidade (masculina e feminina) com nomes masculinos e femininos.	Pode assumir dupla personalidade. Tendência de transsexualidade.	Vida social dependente das circunstâncias.	Cirurgia esperada e trabalhada. Por vezes obtida.	Despreza os seus órgãos sexuais masculinos. Perigo de suicídio ou de automutilação, se frustrado há demasiado tempo.
--------------------	--------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------	---------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Tipo 0: Orientação e identificação sexuais normais: heterossexual ou homossexual. A ideia de “se vestir” ou de “mudar de sexo” são estranhas e desagradáveis. Inclui a maioria das pessoas.

Tabela 1 – Escala de Orientação Sexual (S.O.S.) de Harry Benjamin (1966) (Benjamin, 1999)

A Escala de Orientação Sexual proposta por Harry Benjamin surgiu como resposta a críticas que este fez à Escala de Kinsey apresentada em 1948, por Alfred Kinsey (1894-1956) (Benjamin, 1999).

A Escala de Kinsey tenta descrever o comportamento sexual de uma pessoa ao longo do tempo e nos seus episódios num determinado momento. Esta escala inicia-se no 0, com o significado de um comportamento exclusivamente heterossexual e termina

no 6, com significado de um comportamento exclusivamente homossexual. Posteriormente, Kinsey, juntamente com Wardell Polmeroy e outros, introduzem os assexuais, na sua obra “*Sexual Behavior in the Human Female*” (1953) (Benjamin, 1999) – cfr. Tabela 2.

Nível	Descrição
0	Exclusivamente heterossexual
1	Predominantemente heterossexual, apenas eventualmente homossexual
2	Predominantemente heterossexual, embora homossexual com frequência
3	Bissexual
4	Predominantemente homossexual, embora heterossexual com frequência
5	Predominantemente homossexual, apenas eventualmente heterossexual
6	Exclusivamente homossexual
X	Assexual

Tabela 2 – Escala de Kinsey (1958)

A maior crítica que Harry Benjamin proferiu relativamente a esta Escala de Kinsey foi a de que esta não incorpora a transexualidade, sendo portanto, quase inútil para diagnosticar estes casos (Benjamin, 1999).

Quanto à transexualidade, Harry Benjamin (1999) acreditava que era apenas um fenómeno masculino. A transexualidade feminina teria outro desenvolvimento pelas suas características e frequência na população.

Com Harry Benjamin, a medicina nos Estados Unidos iniciou um processo de incorporação deste novo diagnóstico com o tratamento proposto por este mesmo autor. O *John Hopkins Hospital* estabeleceu um Comité Clínico de Identidade de Género e, em 1960 foi aí realizada uma mamoplastia redutora bilateral numa mulher que expressou o desejo de ser homem (Devor, 2013).

Em 1964 foi fundada a *The Erickson Educational Foundation* (EEF) que tinha como escopo fornecer assistência e apoio em áreas onde o potencial humano era limitado por condições físicas, mentais ou sociais adversas. No que respeita à transexualidade, esta Fundação contribuiu imenso para a compreensão deste fenómeno que acabara de ser descoberto. Ajudou a apoiar, tanto por meio de contribuições financeiras diretas como através de contribuições de recursos humanos e materiais, quase todos os aspectos do trabalho que estava a ser feito na década de 60-70 na área da transexualidade nos EUA e, em menor grau, em outros países. A EEF financiou muitas pesquisas iniciais, incluindo

a criação da Fundação Harry Benjamin, o início dos trabalhos da *John Hopkins Clinic* e inúmeros outros projetos de pesquisa importantes (Devor, 2013).

Em 1969, John Money, na sua obra “*Transsexualism and Sex Reassignment*”, importa a noção de *gênero*, utilizada nos anos anteriores, o que permitiu um aprimoramento do pensamento de Harry Benjamin. Para este psicólogo, na constituição da identidade sexual, o registo subjetivo do gênero (estabelecido pela educação e pelas influências culturais) predomina sobre o registo biológico do sexo (definido pela anatomia). Ora, se normalmente gênero e sexo são concordantes no indivíduo, o que ocorre na transexualidade é justamente um *desacordo insuportável* para o sujeito entre o seu gênero e o seu sexo. Com a expressão *Disforia de Gênero*, Money quis explicar este mesmo fenómeno pois não se trata de um mero desacordo, mas sim de um desacordo que pode e deve ser *corrigido*. E, se o que predomina é a experiência subjetiva do gênero, então o que deve ser corrigido é o sexo anatómico, correção essa que cabe à medicina fazer, “libertando” o indivíduo do “erro da natureza” (Perelson, 2011).

A partir de meados da década de 70 do século passado, reivindica-se uma despatologização radical da transexualidade e a ideia de que a identidade sexual é, em si, um preconceito limitador da liberdade individual. Atualmente, a comunidade médica já está bastante sensibilizada para este fenómeno da transexualidade, sendo realizados, um pouco por todo o Mundo, vários Congressos sobre o tema.

Contudo, a sociedade em geral ainda se encontra em fase de aceitação da existência deste problema e para que exista uma maior informação é necessário que as próprias instituições governamentais e não-governamentais atuem a nível local, regional e até mundial, com a realização de debates, congressos e outros eventos que ajudem a sensibilizar a sociedade para este tema que é tão caro aos profissionais da saúde, do direito e aos investigadores.

Algumas legislações exigem a medicalização da redefinição de sexo para evitar que o estado civil se torne uma matéria de conveniência pessoal (Castel, 2001).

Surge, pela mão de Norman Fisk no ano de 1973, a fundamentação de “uma nosografia psiquiátrica” para a transexualidade, que transporta para o autodiagnóstico dos transexuais (não se sentir do sexo adequado) e consagra como única escolha aquelas que eles solicitam (hormonas e cirurgia) (Castel, 2001).

É, assim, o reconhecimento de um ato de transformação concebido como um ato livre, mas formulado em termos que permitem ainda descrevê-lo como uma síndrome e,

portanto, a preservar uma zona de especialidade médica (é preciso fazer diagnóstico diferencial) (Castel, 2001).

É precisamente a exigência terapêutica que constitui hoje a última fronteira da transexualidade. A partir do momento em que se entende que a disforia de género não tem de médico senão o facto contingente de ser encontrada entre as síndromes psiquiátricas, não existe razão para conservá-la aí (Castel, 2001).

Tem vindo a ser proposta, pela comunidade científica da área, a substituição da designação de transexualidade, principalmente no contexto médico-legal e psiquiátrico, pela designação de *disforia de género*, introduzida – como já se disse – por Norman Fisk em 1973 (Castel, 2001).

Mais hodiernamente surgiu um movimento que encara a transexualidade como uma entidade neurológica, e não psiquiátrica, apelando à utilização do termo *Síndrome de Harry Benjamin*, em jeito de homenagem ao “pai” da transexualidade.

2.2. A IMPORTÂNCIA DA PSIQUIATRIA NO DIAGNÓSTICO DA PERTURBAÇÃO DE IDENTIDADE DE GÉNERO

A Psiquiatria/Psicologia tem o seu papel relevante no diagnóstico da Perturbação de Identidade de Género pois, após indicação da consulta de sexologia, a pessoa dirige-se a estes clínicos para ver avaliada a sua personalidade.

É com a intervenção desta área que é diagnosticada, ou não, a Perturbação de Identidade de Género.

Mas, impõe-se responder às seguintes questões: Que factores devem ser tidos em conta para definir o sexo e o género da pessoa? Diagnóstico diferencial: sim ou não? Qual a etiologia subjacente à Perturbação de Identidade de Género? Quais os sintomas desta Perturbação e como se caracteriza?

Factores Relacionados com a definição de sexo e género

De acordo com Cordeiro (2005), ao falar de transexualidade está-se no campo das meras conjunturas, ainda que se admita uma “*causalidade multifactorial*”.

Assim, depara-se quer com factores biológicos quer com factores psicossociais que nos auxiliam na definição de sexo e de género – cfr. Tabela 3.

Antes de mais, há que referir que a transexualidade ou perturbação da identidade de género (PIG) ou disforia de género ou transtorno de identidade de género caracteriza-se por identificação de género cruzada, intensa e persistente acompanhada de desconforto, igualmente persistente com o sexo que lhe é atribuído, desejo esse que ultrapassa o mero desejo de pertencer ao outro sexo por qualquer vantagem cultural.

As perturbações de identidade de género são um grupo heterogéneo de condições cuja característica principal é a existência de uma incongruência entre o sexo anatómico (aquele com que se nasce) e o sexo com que a pessoa intimamente se identifica (Vieira, 2003).

Este sentimento de incongruências pode ir desde o reconhecimento que se é homem ou mulher, mas sentir incómodo ou inadequação com o seu sexo anatómico, desejar possuir o corpo e os atributos do sexo oposto e ser aceite como um membro desse mesmo sexo (disforia de género) até às formas mais extremas de PIG ou transexualidade, as quais envolvem, na maioria das vezes, tentativas persistentes e intensas de se submeter a cirurgia e a tratamento hormonal com o objetivo de tornar o seu corpo tão mais adequado quanto possível com o do sexo pretendido (Vieira, 2003).

Factor		Feminino	Masculino
Biológico	Cromatínico	Com corpúsculo de Barr	Sem corpúsculo de Barr
	Genético	XX	XY
	Genital	Vulva, vagina, trompas de Falópio e útero	Pénis, próstata, canais deferentes, epidídimos e vesículas seminais
	Gonadal	Ovários	Testículos
	Hormonal	Progesterona e estrogénio	Testosterona
	Morfológico	Mamas, diâmetro pélvico e quantidade de tecido adiposo maiores	Cordas vocais e cartilagem laríngea desenvolvida, diâmetro escapular, pilosidade e massa muscular maiores.
Psicológico	Psíquico	Sentir-se mulher	Sentir-se homem
Sócio cultural	Papel de Género	Por exemplo, maternidade e gestão do lar	Por exemplo, autoridade e sustento da família

Tabela 3 – Factores relacionados com a definição de sexo e género
[Marques, Vieira, Gonçalves, & Santos, (2012), adaptado de Santos, (2012)]

Diagnóstico Diferencial: sim ou não?

Para que o psiquiatra e/ou psicólogo possa diagnosticar corretamente a PIG, terá de efetuar um diagnóstico diferencial no seio de uma panóplia de outras situações confundíveis com a transexualidade.

A primeira etapa deste diagnóstico reside no despiste de uma possível causa orgânica.

Em regra um exame físico cuidadoso permite excluir, através da observação quer dos genitais externos quer dos caracteres sexuais secundários, alguns dos principais estados intersexuais, como é o caso do hermafroditismo e as formas de pseudo-hermafroditismo. Há que descartar igualmente as anomalias cromossómicas através da determinação do cariótipo e de estudos enzimáticos. Por fim, há que fazer o diagnóstico diferencial com outros quadros psiquiátricos, incluídos nas classificações das perturbações sexuais, nomeadamente o fetichismo, o travestismo e a orientação sexual egodistónica – cfr. Tabela 4 (Marques, Vieira, Gonçalves, & Santos, 2012).

Assim, quando uma pessoa, com um fenótipo e um genótipo normais, acredita que, psicologicamente, pertence ao sexo oposto e deseja mudar de sexo – fala-se aqui de transexualidade. Contudo, é necessário que:

- 1) Todos os comportamentos de transposição de género estejam presentes de um modo persistente durante, pelo menos, dois anos;
- 2) Não sejam provocados por problemas psicopatológicos graves, como tratar-se de um delírio de uma esquizofrenia;
- 3) Não estejam associados a situações de intersexo ou de alterações cromossómicas;
- 4) Não resultem de situações de Fetichismo Travestido; e,
- 5) Provoquem um acentuado mal-estar ou défice clinicamente significativos no funcionamento ocupacional, social ou em outras áreas importantes da vida do paciente (Vieira, & Silva, 2005).

Como consta do ponto 4), foi preocupação dos investigadores esclarecerem a confusão muitas vezes existente entre Fetichismo Travestido e Transexualidade, embora haja diferenças entre estas duas situações.

Por exemplo, os transexuais de homem para mulher vestem roupas de mulher porque rejeitam o seu sexo anatómico masculino, desejando vestir roupas e adquirir as características do sexo feminino; no fetichismo travestido as pessoas são heterossexuais (ou bissexuais), não apelam à mudança do seu sexo anatómico e vestem roupa de

mulher (ou de homem) porque se excitam sexualmente (Vieira, & Silva, 2005). A maioria das pessoas com fetichismo travestido não tem uma história de comportamentos de gênero cruzado na infância. Contudo, casos existem em que o fetichismo travestido se encontra associado à disforia de gênero, ou seja, quando a disforia de gênero está presente numa pessoa com fetichismo travestido, mas que não preencha os critérios para PIG (APA, 2006).

Também há casos em que certos homossexuais, após uma vida longa de homossexualidade aparentemente assumida, reivindicam inapropriadamente intervenções de reatribuição de sexo. Contudo, um diagnóstico diferencial aprofundado acaba por identificar que essas pessoas não rejeitam o seu sexo biológico / anatômico mas sim têm dificuldades em lidar com a sua homossexualidade e em enfrentar as adversidades da vida ou pretendem obter, de algum modo, alguma vantagem de natureza sócio-cultural (Vieira, & Silva, 2005).

Este mesmo diagnóstico diferencial tem de ser efetuado entre as PIG secundárias e as situações de intersexo. As pessoas nestes estados possuem uma combinação de algumas características anatómicas ou fisiológicas dos dois sexos, sendo que a discordância pode apresentar-se nos cromossomas (v.g., XXY ou X0), ou nos genitais externos (v.g., pseudo-hermafroditismo) ou até nos órgãos sexuais internos (gónadas, por exemplo). Nestes quadros clínicos poderão surgir enormes perturbações de identidade sexual. Todavia, estas pessoas identificam-se com o seu sexo anatômico e no qual foram educados (Vieira, & Silva, 2005).

Nesta altura, torna-se necessário fazer uma breve descrição sobre as principais entidades clínicas (Vieira, & Silva, 2005):

- a) **Síndrome de Turner:** consiste na falta de um cromossoma sexual, ou seja, X0. Resulta assim na ausência ou no desenvolvimento mínimo das gónadas, não sendo produzida quantidade suficiente de hormonas sexuais masculinas ou femininas, seja na vida fetal seja na pós-fetal. Dessa forma, os tecidos sexuais permanecem no estado feminino. Contudo, as mulheres têm uma anatomia sexual incompleta, sem desenvolvimento das características sexuais secundárias, existindo congruência na atribuição de sexo e a identidade de gênero e são femininas. Demonstram um ligeiro a moderado atraso mental e apresentam certas alterações físicas particulares (p. ex., a nível da cabeça, das mãos e das vísceras). Necessitam, por via disso, de um acompanhamento médico e psico-

lógico como ajuda para lidarem com as dificuldades emocionais (depressão e ansiedade) relacionadas com os problemas de amenorreia primária, ausência das características sexuais secundárias e de infertilidade.

- b) **Síndrome de Klinefelter:** consiste na existência de mais um cromossoma sexual para além dos normais dois, ou seja, XXY. Caracterizam-se por serem pessoas de estatura elevada, terem um *habitus* masculino por influência do cromossoma Y mas em que o seu efeito acaba por ser enfraquecido pela presença do segundo cromossoma X. Os doentes possuem testículos e pénis (de dimensões reduzidas), são inférteis e com diminuto desejo sexual. Podem desenvolver ginecomastia e alguma aparência efeminada. Podem ainda registar traços de imaturidade, passividade e de susceptibilidade elevados, o que poderá conduzir a um atraso mental. Apesar da atribuição de sexo e a educação serem masculinas, estas pessoas desenvolvem perturbações importantes de género e que vão desde a simples disforia de género até à transexualidade.
- c) **Hiperplasia supra-renal congénita:** resulta do excesso de androgénios a atuar no feto, provocando androgenização (se ocorrer na mulher), desde o discreto aumento do clitóris até genitais externos semelhantes ao escroto, testículos e pénis, mas com uma vagina e um útero por detrás dos órgãos genitais externos. Ora, por aqui se vê que, se na altura do nascimento os órgãos genitais externos parecerem masculinos, o sexo atribuído será o masculino e assim será educado, desenvolvendo-se uma masculinidade; se os órgãos genitais externos se parecerem com os de uma rapariga, ser-lhe-á atribuído o sexo feminino e será educada como tal, desenvolvendo-se um sentimento de feminilidade; se existirem dúvidas quanto ao sexo, por parte dos pais, a criança apresenta-se com uma identidade hermafrodita.
- d) **Pseudo-hermafroditismo:** como já foi referido, pode ser masculino ou feminino. No pseudo-hermafroditismo masculino há uma diferenciação incompleta dos genitais externos, mesmo se o cromossoma Y estiver presente, os testículos existem mas são muito rudimentares. No pseudo-hermafroditismo feminino está-se perante a presença de genitais virilizados numa pessoa que é XX, sendo a causa mais comum desta virilização a síndrome androgenital. Quanto às crianças, estas nascem com genitais ambíguos sendo consideradas uma urgência obstétrica. Para resolução destes casos, a atribuição de sexo é baseada na aparência dos genitais externos e na convicção dos pais sobre o

sexo da criança. No que concerne ao hermafroditismo verdadeiro, este caracteriza-se pela presença de testículos e de ovários na mesma pessoa (afeção rara).

- e) **Síndrome de insensibilidade parcial aos androgénios:** tem-se aqui uma perturbação congénita recessiva ligada ao cromossoma X resultante da incapacidade dos tecidos-alvo responderem aos androgénios, sendo também conhecida por síndrome de feminização testicular. No momento do nascimento a criança parece uma rapariga, incluindo a presença de uma pequena vagina, mas tem testículos que não desceram às bolsas (criptorquídea) e que produzem testosterona, à qual os tecidos não respondem. Têm órgãos sexuais internos mínimos ou ausentes, o SNC não está organizado de forma masculina e as características sexuais secundárias na puberdade são femininas. A atribuição de sexo e a identidade de género são femininas.

Quanto aos transexuais primários, os estudos clínicos retrospectivos indicam que a maioria teve problemas de identidade de género durante a infância, mas das crianças com disforia de género, a quase totalidade delas não deseja mudar de sexo e desenvolve frequentemente uma orientação homossexual na adolescência ou até na idade adulta (Green, 1985; Gooren, 2001, como referido em Vieira & Silva, 2005). Só alguns casos isolados poderão evoluir para a transexualidade.

Intersexo	Hermafroditismo	Órgãos genitais de ambos os sexos	
		Quimera 46XX / 46XY	
		Ovotestis	
		Disgenésia gonadal	
	Pseudo-Hermafroditismo	Hiperplasia congénita da suprarrenal	↓ 21 Hidroxilase
			↓ 11β Hidroxilase
			↓ 3 β HS Hidrogenase
			↓ 17α Hidroxilase
			↓ 20,22 Desmolase
		Deficiência congénita da 5α redutase	
	Morris	Cariótipo normal e insensibilidade a androgénios	
	Kuster Hauser	Cariótipo normal e agenésia vaginal	
	Klinefelter	Cariótipo 47XXY	
	Turner	Cariótipo 45X0	
	Swyer	Cariótipo 46XX ou XY	

	Perrault	Cariótipo 46XX ou XY
	Lejeune	Cariótipo com deleção do cromossoma 5p
Perturbação de Identidade de Género	Travestismo Duplo Papel	Sem excitação nem desejo de mudar o sexo
	Skoptsy	Preocupação obsessiva com ideia de castração
Parafilias		
	Fetichismo	Excitação ao manipular roupa do sexo oposto
	Fetichismo Travestido	Excitação ao vestir roupa do sexo oposto
Psicose	Koro	Delírio de diminuição do órgão genital
	Metamorfose Sexual	Delírio da transformação sexual em curso
Orientação Sexual	Orientação sexual egodistónica	Sofrimento psicológico com a sua orientação sexual

Tabela 4 – Diagnóstico diferencial na PIG

[Marques et al. (2012)]

Etiologia da PIG

Como já se mencionou, a etiologia da PIG é, provavelmente, multifactorial. Para além dos factores bio-psico-sociais já supra referidos (Sadock, 2007) e dos mais relevantes, têm-se sucedido distintas teorias com o objetivo de explicarem o fenómeno transexual (Calabuig & Grifo, 2004) das quais se destacam:

- 1) **Teoria Genética:** baseia o fenómeno transexual numa alteração do sexo genético. Mas esta teoria já foi refutada com o facto de que num transexual o cariótipo é o normal do seu verdadeiro sexo não se verificando qualquer alteração genética demonstrável;
- 2) **Teoria Neuro-hormonal:** defende que a transexualidade teria a sua origem numa anomalia na diferenciação das estruturas neuroendócrinas. Tal ainda não foi comprovado em pessoas transexuais;
- 3) **Teoria Psicossocial:** destaca a influência do ambiente familiar no desenvolvimento da identificação sexual. Como argumento favorável tem a frequência com que se encontra na família nuclear do transsexual, uma mãe superprotetora e autoritária que protege os seus filhos de todas as frustrações e dificuldades e, *a contrario*, um pai passivo e débil sempre ausente do lar;
- 4) **Teoria multifactorial:** também designada de “períodos sensíveis”, coloca em relevo a interação estreita e fundamental do inato e do adquirido. Os fatores que condicionam este último aspeto exercem a sua ação de modo mais intenso nos momentos de mudança, quando a pessoa está mais sensível às influências

externas. Trata-se de fatores capazes de desempenhar um papel importante na identificação sexual da pessoa.

Pode ainda dizer-se que o futuro ser é, *ab initio*, sexualmente indiferenciado e possui as estruturas primitivas capazes de evoluir indistintamente para um ou outro sexo, regressando e desaparecendo as características do sexo oposto.

Quanto à teoria que afirma que a exposição à progesterona ou a outras drogas estrogénicas poderia influenciar o desenvolvimento da transexualidade, esta não tem qualquer fundamentação pois não existem quaisquer estudos investigatórios que permitam sustentar tal teoria (Mandal, s.d.c).

Sintomatologia

Após este diagnóstico diferencial que é efetuado pelos profissionais e que tão necessário demonstra ser, ter-se-á de procurar os sintomas para que seja diagnosticada a PIG, e aí atender-se à faixa etária em que se encontra o paciente, em concreto. Isto porque há diferenças previstas quer no DSM quer no CID.

Está assente que os sintomas da PIG podem surgir por volta dos três – quatro anos de idade, pois é nesta faixa etária que se desenvolve a identidade de género (Matos, s.d.). Alguns pais destas crianças referem que os seus filhos sempre tiveram interesses de género cruzado.

No entanto, a identificação desta perturbação em crianças é muitas vezes impossibilitada pela dificuldade em separar a identidade de género do papel de género [comportamento ou aparência externa de uma pessoa que permite aos outros descrevê-la como masculina, feminina ou andrógena (do latim *andro* = masculino + *gynus* = feminino)].

Em geral, nas crianças com esta condição, as características são:

- insistência que elas pertencem a outro sexo;
- chamar-se por um nome apropriado para o sexo oposto e tentar passar como um(a) filho(a) do sexo oposto;
- persistentes fantasias de ser do outro sexo;
- preferência por “*cross-dressing*” ou pelo sexo oposto em jogos;
- forte preferência por companheiros do sexo oposto;
- não gostar ou recusar-se a urinar de acordo com as normas sexuais;
- intenso desejo de participar em jogos estereotipados, atividades e passatempos do sexo oposto;

- perigo nas alterações dos caracteres sexuais secundários durante a puberdade;
- isolamento, rejeição dos pares e rejeição de interações sociais (Vieira, & Silva, 2005).

Para além da identidade de género, a criança desenvolve um sentimento de masculinidade ou feminilidade com base num processo de socialização que estabelece claras diferenças entre o comportamento do rapaz e da rapariga (Vieira, 2003).

Em particular, os rapazes preferem atividades, jogos e brincadeiras estereotipadamente femininas (v.g., “brincar às casinhas”, desenhar raparigas e princesas muito bonitas e ver TV ou vídeos das suas intérpretes femininas preferidas); os brinquedos preferidos são habitualmente bonecas de estereótipo feminino (Barbies); as meninas são os seus companheiros de brincadeiras preferidos, evitando jogos turbulentos e desportos competitivos; pouco se interessam por carros e camiões; gostam de se vestir como raparigas e de usar adornos vistosos; os seus gostos e ações são muitas vezes efeminados; dizem que vão crescer e tornar-se mulheres; acham que os testículos e o pénis vão desaparecer ou que seria melhor não os terem e desejam profundamente ter uma vagina; sentam-se para urinar e fingem que não têm pénis, empurrando-o entre as pernas (Vieira, & Silva, 2005; Freitas, Monteiro, & Ferreira, 2011).

Quanto às raparigas, têm habitualmente rapazes como companheiros e um grande interesse por desporto e por atividades tipicamente masculinas; participam em jogos a fingir que desempenham o papel masculino; podem simular um pénis com vários objetos ou recusar urinar sentadas; dizem que têm ou virão a ter um pénis; não querem ter mamas ou menstruação e dizem que são rapazes e que querem crescer para ser homens. Têm reações intensamente negativas às expectativas ou tentativas dos pais de as vestir com vestidos ou outra roupa feminina e algumas recusam mesmo ir à escola ou a acontecimentos sociais onde esse vestuário é necessário, preferindo roupa de rapaz e cabelo curto. Perante os estranhos são, frequentemente, confundidas como rapazes; podem pedir para serem chamadas por um nome masculino e os seus heróis de fantasia são frequentemente imagens masculinas (v.g., Batman, Super-Homem, Hulk, etc.) (Vieira, & Silva, 2005; Freitas et al., 2011).

Já no que respeita aos adolescentes e aos adultos, os sintomas que apresentam vão desde a preocupação com o desejo de viver como um membro do sexo oposto até à demonstração de um intenso desejo de adotar o papel social do outro sexo ou de obter a aparência física desse mesmo outro sexo através de cirurgias e/ou terapias hormonais.

Sentem-se desconfortáveis quando observados pelos outros ou quando, funcionando em sociedade, são vistos como membros do sexo anatómico sendo vários os graus que adotam no que concerne ao comportamento, vestuário e maneirismos do outro sexo. A atividade sexual destas pessoas com os parceiros do mesmo sexo é habitualmente limitada e impõem que os seus parceiros não vejam nem toquem os seus órgãos genitais (Matos, s.d.).

Assim, os homens começam a tomar estrogénios para crescimento de mamas e outras características femininas, fazem tratamentos eletrolíticos para removerem os pêlos caracteristicamente masculinos, e acabam nas cirurgias para remover os testículos e o pénis e respetiva criação de uma vagina artificial. Quanto às mulheres, enfaixam os seus peitos ou sujeitam-se inicialmente a uma dupla mastectomia e à histerectomia, tomam testosterona para que a sua massa muscular aumente e a sua voz “engrosse” e acabam nas cirurgias onde é criado um pénis artificial. Estes procedimentos podem tornar a pessoa indistinguível dos membros do outro sexo. Mas no que respeita às cirurgias efetuadas será realizada, adiante, uma análise atempada sobre as mesmas (Marques et al., 2012).

Convirá dizer que, neste grupo, ocorrem dois tipos de evolução para o desenvolvimento da PIG: o primeiro consiste na continuação da PIG que se tinha iniciado na infância, sendo que estas pessoas apresentam-se tipicamente no fim da adolescência ou já na idade adulta (PIG primária); no segundo tipo de evolução, os sinais mais notórios aparecem mais tarde e mais gradualmente, com uma apresentação no início ou no período médio da idade adulta a seguir a episódios de fetichismo travestido ou, por vezes, simultaneamente com esses episódios (PIG secundária) (Marques et al., 2012).

O início do pedido de alteração da identidade e dos tratamentos para a reatribuição sexual acontece normalmente na última etapa da adolescência ou na primeira da idade adulta, mas pode ocorrer mais tardiamente (Vieira, & Silva, 2005).

Chegados aqui, convém esclarecer um ponto que muitas vezes é confundido na sociedade civil e que se refere à orientação sexual dos transexuais.

Ora, os transexuais não se consideram homossexuais. Têm, sim, a plena convicção de pertencer ao sexo oposto, sendo absoluta a sua identificação com este. Em geral negam sentir-se afetados por esta alteração, exceto pelos problemas surgidos nas relações com a família e com a sociedade, sendo frequente as descompensações depressivas e as tentativas de suicídio (Vieira, & Silva, 2005).

Segundo Vieira e Silva (2005) nestas pessoas não se detetou nenhum tipo de alterações de qualquer parâmetro biológico, o que sugere que outros fatores (práticas de criança, formação da auto-imagem, experiências de aprendizagem, etc.) sejam os seus determinantes básicos.

Os transexuais podem sentir-se sexualmente atraídos por membros do mesmo sexo, do sexo oposto, por ambos os sexos ou, até mesmo, por nenhum (Vieira, & Silva, 2005). Mas, na maior parte dos casos, não se consideram homossexuais, e sim heterossexuais com o sexo anatómico errado, como muitos dizem... “Nasci no corpo errado”!

Mas nem sempre a transexualidade, ou PIG, ou disforia do género, foi encarada desta forma pela Psiquiatria em qualquer uma das classificações utilizadas nesta área da medicina (Associação Americana de Psiquiatria e Organização Mundial de Saúde).

2.2.1. EVOLUÇÃO NA ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA

Por tudo quanto ficou dito, interessa agora analisar a evolução que o tratamento da transexualidade foi tendo, ao longo dos anos, no *Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM), publicação esta da responsabilidade da *American Psychiatric Association*.

Na 1.^a edição de 1952 (DSM-I), a transexualidade era entendida como um desvio sexual, estando colocada na rubrica «perturbações sociopáticas da personalidade». Considerava-se que as pessoas, portadoras de tais desvios do comportamento sexual, apresentariam graves alterações da sua personalidade, ou seja, a transexualidade poderia ser reduzida a uma manifestação patológica da sexualidade que contenderia não só ao comportamento sexual, envolvendo antes toda a personalidade e o Ser-com-os-outros (Marques et al., 2012).

Nestas pessoas e no seu imaginário detetar-se-iam desequilíbrios psíquicos caracterizados por certas tendências esquizofrénicas, depressivas ou nefroides de tipo psicótico, que se traduziriam em relações anti-sociais de rejeição (Marques et al., 2012).

Entretanto, já na 2.^a edição de 1968 (DSM-II), foram individualizados os desvios, definindo-os em relação ao objeto (sexo oposto) e ao objetivo (coito) (Marques et al., 2012).

Mas, é na 3.^a edição de 1980 (DSM-III) que se verifica uma abordagem completamente inovadora desta temática. A transexualidade surge completamente individualizada na rubrica *Psychosexual Disorders* (302.5x), a qual engloba ainda as disfunções sexuais, as parafilias e a homossexualidade egodistónica (quando o indivíduo não aceita o seu comportamento homossexual, ou se mostra profundamente perturbado com ele). Ao proceder a esta individualização, numa única rubrica, da vasta gama de problemas sexuais, respondeu-se melhor à intenção de não os conotar com as perturbações da personalidade (Marques, 1987; Monteiro, 2010).

Nesta rubrica é introduzida uma nova secção sobre Perturbações de Identidade de Género onde três entidades são agrupadas: Transexualidade (para adolescentes e adultos), Perturbações de Identidade de Género na Infância e Perturbações Psicosexuais não especificadas. Esta última categoria reportava-se a um diagnóstico residual “para distúrbios cujas manifestações mais importantes eram distúrbios psicológicos não previstos por nenhuma das outras categorias específicas na rubrica de Perturbações Psicosexuais (Zucker, 2009).

Em 1987, com a revisão do DSM-III, surge o DSM-III-R e com ele passam a existir quatro entidades relevantes de diagnóstico: Perturbações de Identidade de Género na Infância, Transsexualidade (302.50), Perturbações de Identidade de Género de Adolescente ou Adulto, Tipo Não-Transsexual (302.85), e Perturbação de Identidade de Género não especificada (302.85) (Zucker, 2009). Esta última categoria era um diagnóstico residual aplicando-se, por exemplo, a casos de:

- a) Crianças com persistente “*cross-dressing*”, sem os outros critérios das Perturbações de Identidade de Género na Infância;
- b) Adultos com comportamentos de “*cross-dressing*” temporários, relacionados com situações de stress;
- c) Adultos com as características de transexualidade, de duração inferior a 2 anos;
- d) Pessoas que têm uma preocupação persistente com a castração ou penectomia sem o desejo de adquirir as características sexuais do outro sexo.

Com a 4.^a edição de 1994 (DSM-IV) mantida na edição de 2000 (DSM-IV-TR), eram três as entidades de diagnóstico: Perturbação de Identidade de Género [com critérios separados fixados para crianças (302.6) *versus* adolescentes/adultos (302.85)], Fetichismo Travestido (com Disforia de Género), e Perturbação da Identidade de Género Sem Outra Especificação (302.6). Esta última categoria é incluída para codificar perturbações da identidade de género que não são classificáveis como uma Perturbação de Identidade de Género específica (Zucker, 2009). Os exemplos incluem:

- a) Estados intersexuais acompanhada por disforia de género (v.g., síndrome de insensibilidade parcial aos androgénios ou hiperplasia supra-renal congénita);
- b) Travestir-se transitoriamente em situações de *stress*;
- c) Preocupação persistente com castração ou penectomia, sem desejo de adquirir as características sexuais do outro sexo.

Com a 5.^a edição de 2013 (DSM-V), opera-se uma autonomização da Disforia de Género como classe de diagnóstico, o que reflete uma alteração na conceptualização dos critérios que definem o transtorno, enfatizando o fenómeno da “incongruência de género” em vez da identificação com o outro género *per se*.

A PIG, contudo, não é nem uma disfunção sexual nem uma parafilia. A disforia de género é uma condição única na medida em que é feito um diagnóstico pelos psicólogos ou pelos psiquiatras, muito embora uma grande parte do tratamento seja tratamento endocrinológico e cirúrgico (pelo menos para alguns adolescentes e a maioria dos adultos). No DSM-V separaram-se os critérios para a disforia de género em crianças e em adolescentes e adultos, sendo que nesta última foram incluídos sintomas mais detalhados e específicos (Highlights, 2013).

Os anteriores critérios A (identificação com o género oposto) e B (aversão para com o sexo) foram fundidos, porque não se justificava manter os dois separados. Na redação dos critérios, a expressão “do outro sexo” é substituída por “algum género alternativo”. Género, em vez de sexo, é usado sistematicamente porque o conceito de “sexo” é inadequado quando se refere a indivíduos com um distúrbio do desenvolvimento sexual.

Nos critérios para as crianças, a expressão “forte desejo de pertencer ao outro género” substitui a expressão “desejo expresso repetidamente” para realçar a situação de algumas crianças que, num ambiente adverso, não verbalizam o desejo de ser de outro género. Para as crianças, o Critério A1 (“um forte desejo de pertencer ao outro género ou insistência que ele ou ela é do outro género...”) é agora necessário (mas não o suficiente), o que conduz a um diagnóstico mais restritivo e conservador (Highlights, 2013; Mandal, s.d.).

Outra das alterações propaladas no DSM-V foi a inclusão dos códigos existentes na Classificação Internacional de Doenças (CID). Isto deve-se ao facto de estar previsto o CID-10-CM, a 1 de outubro de 2014, se tornar a classificação oficial de saúde do governo dos Estados Unidos, segundo o psicólogo Geoffrey M. Reed, que integra o Departamento de Saúde Mental e Abuso de Substâncias da Organização Mundial de Saúde (Clay, 2013).

Quanto aos subtipos com base na orientação sexual, estes foram removidos no DSM-V pois a distinção foi considerada clinicamente inútil. Foi aditado uma especificação pós-mudança porque muitos indivíduos, depois da mudança, não mais preenchem os critérios da disforia de gênero. No entanto, eles continuam sob vários tratamentos para facilitar a vida no gênero desejado. Embora este conceito de pós-mudança tenha sido modelado com base na remissão total ou parcial, o termo “remissão” tem implicações no tocante aos sintomas de redução que não se aplicam diretamente à disforia de gênero (Highlights, 2013).

Esta evolução pode ver-se na Tabela 5 a qual resume a categorização dada, ao longo dos tempos, à Identidade de Gênero no DSM.

EDIÇÃO	CATEGORIA	NOME DO DIAGNÓSTICO
DSM-I (1952)	Não aplicável	Não aplicável
DSM-II (1968)	Desvios Sexuais	Transvestismo
DSM-III (1980)	Distúrbios Psicosexuais	Transsexualismo
		Distúrbio de Identidade de Gênero na Infância
DSM-III-R (1987)	Distúrbios normalmente evidenciados, em primeiro lugar, na infância ou adolescência	Transsexualismo
		Distúrbio de Identidade de Gênero na Infância
		Distúrbio de Identidade de Gênero na adolescência e idade adulta, tipo não transsexual
DSM-IV (1994)	Perturbações sexuais e de Identidade de Gênero	Perturbação de Identidade de Gênero em adolescentes ou adultos
		Perturbação de Identidade de Gênero em crianças
DSM-IV-TR (2000)	Perturbações Sexuais e de Identidade de Gênero	Perturbação de Identidade de Gênero em adolescentes ou adultos
		Perturbação de Identidade de Gênero em crianças
DSM-5 (2013)	Disforia de Gênero	Disforia de Gênero em adolescentes ou adultos
		Disforia de Gênero em crianças

Tabela 5 – Disforia de Gênero no DSM
[adaptado de Drescher, J., Cohen-Kettenis, P. & Winter, S. (2012) e atualizado pela autora]

2.2.2. EVOLUÇÃO NA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE

A Organização Mundial de Saúde (OMS) encontra-se, atualmente, em processo de revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10, 1992), sendo que o CID-11 está previsto para 2015.

Todavia, a Perturbação de Identidade de Género para além de nem sempre ter estado prevista na *Classificação Internacional de Doenças*, também foi mudando o seu entendimento ao longo dos tempos.

Assim, a CID-6, aprovada em 1948, foi a primeira versão da Classificação Internacional de Doenças publicada pela OMS, sendo que incluía a classificação de morbilidade, e finalmente foi a primeira versão que incluiu uma classificação dos distúrbios mentais. Antes da CID-6 e da fundação da OMS, a CID era exclusivamente uma classificação da mortalidade. Os transtornos mentais, em geral, e os transtornos sexuais, em particular, não eram considerados causas de mortalidade, e, por isso, não estavam incluídos nestas classificações. Conclui-se, portanto, que na CID-6 (1948), não havia qualquer referência ao diagnóstico de transsexualismo (Drescher, Cohen-Kettenis, & Winter, 2012).

Mas nem mesmo na CID-7 (1955) aparece qualquer referência similar. Como mencionado anteriormente, nesta época a orientação sexual e a identidade de género eram muitas vezes confundidas, e um diagnóstico chamado homossexualidade aparecia na CID-6 e na CID-7 como um termo de inclusão (isto é, como um exemplo) para a categoria do diagnóstico de desvio sexual (320,6), que era classificada como uma personalidade patológica na categoria dos distúrbios de carácter, comportamento e inteligência (320). A homossexualidade foi incluída como uma categoria diagnóstica autónoma na CID-8, que foi mantida na CID-9, mas retirada da CID-10 e substituída por orientação sexual egodistónica (F66.1) (Drescher et al., 2012).

Na CID-8 (1965), refletindo-se as mudanças de perspetivas médicas e teóricas, os Desvios Sexuais (302) foram separados dos Distúrbios de Personalidade (301). No entanto, os Desvios Sexuais ainda incluíam a homossexualidade (302.0), mas introduziu, pela primeira vez, o diagnóstico de “transvestitismo” (*transvestitism*) (302.3). Como não continha as definições das categorias de diagnóstico, o tão pretendido significado de “transvestitismo” não é inteiramente claro. Historicamente, no entanto, como exemplificado no Relatório de Redesignação de Jorgensen (Hamburger, Stürup, & Dahl-Iversen,

1953), a grafia alternativa do travestismo frequentemente usado como um sinónimo do que mais tarde veio a ser conhecido como transexualismo (Drescher et al., 2012).

Outra alteração ocorreu no CID-9 (1975), onde o termo “transvestitismo” foi substituído por transvestismo (302.3). Foi definido como um “desvio sexual em que o prazer sexual é derivado de se vestir com roupas do sexo oposto. Não há nenhuma tentativa consistente para assumir a identidade ou comportamento do sexo oposto.” Ainda na categoria de desvio sexual, passou a existir um diagnóstico separado e excludente para um diagnóstico recém-adicionado de trans-sexualismo [sic] (302.5). É, pois, razoável supor que esta nova separação foi feita para acomodar um grupo de pesquisa sobre as apresentações clínicas e tratamento do transexualismo, crescente nas duas décadas anteriores. Ironicamente, a pesquisa desde aquela época sugere que a linha seguida e traçada entre travestismo e alguns casos de transexualismo não é tão acentuada quanto se acreditava (Drescher et al., 2012).

Na CID-10 (1990) assistiu-se a uma reorganização significativa do sistema de classificação e alguns novos diagnósticos de identidade de género que refletiram o grupo crescente de experiência clínica e de pesquisa. Nos “Transtornos de Comportamento e Personalidade em Adultos” surgiu uma nova categoria de Transtornos de identidade de género (F64), que inclui cinco diagnósticos: transexualismo (F64.0), travestismo de duplo-papel (F64.1), transtorno de identidade de género na infância (F64.2), outros transtornos de identidade de género (F64.3) e transtorno de identidade de género não especificada (F64.4) (Drescher et al., 2012). Esta evolução histórica encontra-se esquematizada na Tabela 6.

O transexualismo (F64.0) é entendido, na atual versão da CID, como “um desejo de viver e ser aceite como um membro do sexo oposto, usualmente acompanhado por uma sensação de desconforto com, ou inadequação, do próprio sexo anatómico e um desejo de fazer um tratamento hormonal e cirurgia para conseguir o corpo de alguém tão congruente quanto possível com o sexo preferido.” Como Diretrizes de Diagnóstico, a OMS entende que “a identidade transexual deverá estar presente persistentemente pelo menos durante 2 anos, e não pode ser um sintoma de outro transtorno mental, como a esquizofrenia, ou associada a qualquer intersexo, ou anomalia genética, sexual ou cromossómica (World Health Organization, 1993).

Atualmente encontra-se em discussão a nova versão da CID, a CID-11, cuja publicação está prevista para o ano de 2015. Nessa nova versão, a preocupação maior é a

tentativa de uniformização entre esta classificação da OMS e a classificação da Associação Americana de Psiquiatria – o DSM.

Edição	Categoria	Nome do diagnóstico	Código
CID-6 (1948)	Não aplicável	Não aplicável	Não aplicável
CID-7 (1955)	Não aplicável	Não aplicável	Não aplicável
CID-8 (1965)	Desvios sexuais	Transvestitismo	302.3
CID-9 (1975)	Desvios Sexuais	Travestismo	302.3
		Trans-sexualismo	302.5
CID-10 (1990)	Transtornos de Identidade de Género	Transexualismo	F64.0
		Travestismo de duplo-papel	F64.1
		Transtorno de identidade de Género na infância	F64.2
		Outros Transtornos de Identidade de Género	F64.3
		Outro Transtorno de Identidade de Género não especificada	F64.4
CID-11 (2015)	?	Incongruência de Género em adolescentes e adultos	?
		Incongruência de Género em crianças (proposto)	?

Tabela 6 – Diagnóstico de Identidade de Género na CID
(adaptado de Drescher et al., 2012)

Entende-se ser de fazer, aqui, uma comparação entre os critérios de diagnóstico da PIG na CID-10 e da Disforia de Género no novo DSM-5, o que se verte na Tabela 7.

CID-10 (1992)	<ol style="list-style-type: none"> 1. O desejo de viver e ser aceite como membro do sexo oposto, usualmente acompanhado pelo desejo de manter o seu corpo tão congruente quanto possível com o sexo preferido, recorrendo a tratamento hormonal e cirurgia. 2. A identidade transexual está presente de forma persistente durante, pelo menos, 2 anos. 3. A perturbação não é um sintoma de anomalia cromossómica ou mental.
DSM-5 (2013)	<p>Disforia de Género em Crianças:</p> <p>A. A diferença definitiva entre género experimentado/expressado e o atribuído à nascença, com a duração de, pelo menos, 6 meses. Pelo menos seis dos seguintes requisitos devem estar presentes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Desejo persistente e forte para ser do outro sexo ou insistência que eles pertencem ao outro sexo; 2. Nos rapazes uma forte preferência por travestir-se e em raparigas uma forte preferência

	<p>pelo uso de roupa masculina típica e antipatia ou recusa para vestir roupas típicas femininas;</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Fantasias sobre a reprodução de papéis de género opostos em jogos ou atividades ou jogo oposto aos papéis do género no jogo ou nas atividades de “fazer-acreditar”; 4. Preferência por brinquedos, jogos, ou atividades típicas do sexo oposto; 5. Rejeição dos brinquedos, jogos e atividades típicas do seu próprio sexo. Nos rapazes, evasão de jogos turbulentos e em raparigas rejeição de brinquedos e atividades tipicamente femininos; 6. Preferência por companheiros do outro sexo; 7. Desagrado pela anatomia sexual. Os rapazes podem odiar os seus pénis e testículos e as raparigas não gostam de urinar sentadas; 8. Desejo em adquirir as características sexuais primárias e/ou secundárias do sexo oposto. <p>B. A disforia do género leva a um mal-estar clinicamente significativo e/ou a um défice no funcionamento social, ocupacional ou noutras áreas importantes. Pode haver um risco aumentado de sofrer de angústia ou inabilidade.</p> <p>Os subtipos podem ser aqueles com ou sem defeitos ou defeitos no desenvolvimento sexual.</p>
	<p>Disforia de Género em adultos e em adolescentes:</p> <p>A. A incompatibilidade definitiva entre o género atribuído e o género experimentado/expresso, de duração mínima de seis meses como caracterizada por, pelo menos, duas ou por mais das seguintes características:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Incompatibilidade entre o género experimentado ou expresso e o género manifestado pelas características sexuais primárias e/ou secundárias na puberdade; 2. Desejo persistente em se livrar das características sexuais primárias ou secundárias do sexo biológico na puberdade; 3. Forte desejo de possuir as características sexuais primárias e/ou secundárias do outro género; 4. Desejo de pertencer ao outro género; 5. Desejo de ser tratado como o outro género; 6. Forte sentimento ou convicção de que ele ou ela está a reagir ou a sentir-se de acordo com o género identificado. <p>B. A disforia do género conduz ao mal-estar clinicamente significativo e/ou ao défice no funcionamento social, ocupacional e outros. Pode haver um risco aumentado de sofrer de angústia ou inabilidade.</p> <p>Os subtipos podem ser aqueles com ou sem defeitos ou defeitos no desenvolvimento sexual.</p>

Tabela 7 – Critérios de Diagnóstico de PIG na CID-10 e de Disforia de Género no DSM-5

2.2.3. THE WORLD PROFESSIONAL ASSOCIATION FOR TRANSGENDER HEALTH'S STANDARDS OF CARE

Outra referência fundamental para o tratamento da Identidade de Género são as Diretrizes publicadas, desde 1979, pela *Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association (HBIGDA)*.

Atualmente, esta associação dá pelo nome de *World Professional Association for Transgender Health (WPATH)*, tendo publicado, em 2011, a 7.^a Versão dos *Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender Nonconforming People*.

Nas notas introdutórias a esta versão, é bem claro que esta é uma associação internacional, multidisciplinar e profissional cuja missão é fornecer, através destas *guide-lines*, a orientação clínica para os profissionais de saúde poderem auxiliar transexuais, transgéneros e pessoas de género não-conforme com possibilidades seguras e eficazes de alcance do conforto pessoal e duradouro com os seus seres, a fim de maximizar a sua saúde geral, bem-estar psicológico e autorrealização. Essa assistência pode incluir cuidados de saúde primários, cuidados urológicos e ginecológicos, opções reprodutivas, terapia da voz e da comunicação, serviços de saúde mental, e tratamentos hormonais e cirúrgicos.

A *WPATH*, em maio de 2010, divulgou uma declaração no sentido da urgência da despatologização da não-conformidade de género a nível mundial. Nesta declaração ficou dito que “*a expressão das características de género, incluindo identidades, que não são estereotipadamente associadas ao sexo atribuído à nascença, é um fenómeno humano comum e culturalmente diverso [que] não deve ser julgado como inerentemente patológico ou negativo*”.

Para esta Associação, infelizmente, há um estigma associado à não-conformidade de género em muitas sociedades no mundo, podendo conduzir a prejuízos e discriminações, culminando em “*stress de minorias*” (expressão de Meyer (2003), referido na 7.^a Versão dos *Standards of Care*, 2011). Este *stress* é único, com base social, e crónico, que pode conduzir transexuais, transgéneros e indivíduos de género não-conforme a uma maior vulnerabilidade para desenvolver problemas de saúde mental como, por exemplo, ansiedade e depressão. Outros efeitos adicionais que podem ser provocados por esse estigma social são o abuso e a negligência nas relações com os pares e membros das próprias famílias, que podem conduzir a *stress* psicológico. No entanto, e como tão bem afirma a *WPATH*, estes sintomas são socialmente induzidos e não são inerentes ao facto de se ser transexual, transgénero ou de género não-conforme.

Atualmente, e de acordo com as *Guidelines* aqui tratadas, para os casos de Disforia de Género existe uma variedade de opções terapêuticas que podem ser consideradas.

O número e o tipo de intervenções irão variar de pessoa para pessoa. E, são as seguintes as opções de tratamento:

- 1) Mudanças na expressão de género e no papel (que pode envolver viver a tempo parcial ou a tempo inteiro no papel do outro género, de acordo com a sua identidade de género);
- 2) Terapia hormonal para feminilizar (v.g., injeção mensal de testosterona para mulheres) ou masculinizar o corpo (v.g., estrogénio oral diário para homens);
- 3) Cirurgia para mudar as características sexuais primárias e/ou secundárias (por exemplo, mamas/tórax, genitália externa e/ou interna, características faciais, contorno corporal);
- 4) Psicoterapia (individual, de casal, familiar ou de grupo) para fins de exploração de identidade de género, de papel, e de expressão, abordando o impacto negativo da disforia de género e o estigma em saúde mental; alívio da transfobia interiorizada; aumento do apoio social e de pares; melhoria da imagem corporal, ou a promoção de resiliência.

Mas, a estas opções de tratamento psicológico e médico podem ser aditadas (ou como alternativa) outras opções que sejam consideradas benéficas para ajudar a aliviar a disforia de género, como por exemplo;

- a) Recursos *offline* e *online* de apoio entre pares, grupos ou organizações comunitárias que fornecem dados onde encontrar apoio social;
- b) Recursos, *offline* e *online*, de apoio para as famílias e amigos;
- c) Terapia de voz e de comunicação para ajudar as pessoas a desenvolver habilidades de comunicação verbal e não-verbal que facilitem o conforto com a sua identidade de género;
- d) Remoção de pêlos por eletrólise, tratamento a laser, ou depilação;
- e) Enfaixamento de mamas ou colocação de próteses mamárias, colocação de genitais ou próteses penianas, preenchimento dos quadris e nádegas;
- f) Mudanças do nome e género mencionados nos documentos de identificação.

Quanto à hormonoterapia, deve ser supervisionada por Endocrinologista e a cirurgia (v.g., mastectomia e faloplastia para mulheres; penectomia com vaginoplastia para homens) deve ser efetuada por um Cirurgião Plástico experiente neste tipo de intervenções (Marques et al., 2012).

Pode, desta forma, afirmar-se que o Processo de Reatribuição Sexual (PRS) é constituído, na generalidade dos casos, pelas seguintes etapas (Freitas et al., 2011):

- elaboração do diagnóstico após avaliação clínica;
- psicoterapia;
- teste real de vida;
- hormonoterapia;
- tratamento cirúrgico; e, ainda,
- reconhecimento legal.

Para além destas etapas, a decisão tomada deverá ser adaptada considerando-se as condições inerentes, o desejo da própria pessoa e o apoio da equipa clínica.

De tudo isto pode resultar uma das seguintes resoluções: tratamento incompleto com abandono do processo de reatribuição sexual; aceitação do género biológico e do papel estereotipado; opção pela vivência intermitente do papel de género desejado; ou, opção pela vivência completa do papel de género desejado (Freitas et al., 2011).

Convirá referir, por último, que nestes processos toda a iatrogenia e complicações pós-cirúrgicas devem ser tidas em conta e devidamente explicadas ao transexual antes mesmo de se iniciar todo o processo de reatribuição sexual.

2.2.4. PROCEDIMENTOS DE AVALIAÇÃO DA PIG EM PORTUGAL

Aborda-se, nesta fase, o modo como é efetuada a Avaliação Clínica e Psicológica do transexual (ou possível transexual), a qual compete ao Técnico de Saúde Mental e para o qual o paciente é enviado por um sexólogo.

É esse técnico que terá a responsabilidade de diagnosticar corretamente a PIG bem como quaisquer outras co-morbilidades psiquiátricas e fazer com que sejam tratadas. Deve aconselhar e esclarecer a pessoa sobre todos os tratamentos disponíveis e suas implicações, de acordo com as *legis artis*. É a este mesmo técnico que compete iniciar a fase da psicoterapia, avaliar a elegibilidade e a oportunidade para iniciar a hormonoterapia e a fase cirúrgica.

O Técnico de Saúde Mental deverá fazer recomendações formais aos colegas médicos e cirurgiões relativamente a cada caso. Terá ainda de documentar a história clínica relevante e elaborar os respetivos relatórios clínicos bem como ser parte integrante de uma equipa multidisciplinar de profissionais envolvidos no Processo de Reatribuição de Sexo.

Compete ainda ao técnico de Saúde Mental, informar e esclarecer quaisquer dúvidas que lhe sejam colocadas pelos elementos da família, amigos, empregadores e instituições acerca desta perturbação.

Por fim, e senão uma das mais importantes fases do paciente, o técnico de Saúde Mental deverá estar disponível para o *follow-up* destes pacientes.

Em Portugal, e de acordo com as normas internacionais [nomeadamente, os *Standards of Care for The Health of Transsexual, Transgender, and Gender Nonconforming People*, da WPATH, 7.^a Edição (2011)], a Avaliação Clínica reveste as seguintes características (Freitas et al., 2011):

- dois anos é o período mínimo que está demarcado para se proceder à avaliação contínua de adaptação ao processo de adoção do sexo desejado.
- necessidade de o paciente se submeter a duas avaliações clínicas distintas, ou seja, pertencentes a centros clínicos independentes.
- elaboração de um diagnóstico correto com o recurso ao necessário diagnóstico diferencial;
- perceção da adaptação demonstrada na sua vivência enquanto indivíduo do sexo oposto, em consonância com o seu sexo psicológico (Experiência Real de Vida).

Chegado a este ponto, caberá ao Técnico de Saúde Mental decidir pelo encaminhamento ou não do indivíduo para o Processo de Reatribuição Sexual.

É no decorrer desta avaliação que se irá determinar a gravidade da perturbação, compreender o verdadeiro pedido do indivíduo, considerando-se a sua personalidade e situação no ciclo vital dando-se um especial ênfase aos aspetos relacionados com o abuso de substâncias tóxicas, tentativas de suicídio e de automutilação (Freitas et al., 2011).

Quanto à presença da família nesta fase, pode ser ou não uma fonte conexas de informação ou de confirmação da história de vida do indivíduo, podendo ser de enorme utilidade quando o/a aceitam e lhe dão total apoio na sua decisão de reatribuição sexual.

É nesta fase, como já foi referido, que são realizadas duas avaliações clínicas e estas baseiam-se nas várias técnicas utilizadas para a avaliação psicológica. São elas:

- a **entrevista semiestruturada**, cujo conteúdo consta do Anexo IV-1, sendo composta por um conjunto de questões e respostas incidentes sobre os dados pessoais, familiares e clínicos do indivíduo, o seu desenvolvimento psicossocial bem como quais são as suas expectativas e/ou motivações que o conduziram àquela consulta – tudo com o objetivo de o Técnico de Saúde Mental melhor conhecer quem o está a consultar.

➤ **questionários de Avaliação**, para definir a existência de alguma psicopatologia bem como o perfil de personalidade do indivíduo e a sua adaptação sociofamiliar, cujos modelos constam do Anexo IV-2 a IV-5 (Monteiro, 2010).

➤ por fim, teremos um **exame mental**.

Por ser oportuno, far-se-á aqui uma brevíssima abordagem sobre cada um dos Questionários de Avaliação utilizados nas Avaliações Clínicas e que auxiliam os Técnicos de Saúde Mental a melhor elaborarem os seus relatórios de diagnóstico. Assim temos:

SCL-90-R

Este questionário foi criado por Derogatis, decorria o ano de 1977 e revisto em 1993, publicado pela *Clinical Assessment Division* da *Pearson Assessment & Information Group*. O *Symptom Checklist-90-Revised* (**SCL-90-R**) é um instrumento psicométrico (questionário) onde é efetuado um auto-relato relativamente breve. Foi desenvolvido para avaliar uma ampla gama de padrões de sintomas psicológicos e psicopatológicos presentes nos indivíduos, podendo ser utilizado tanto em trabalho comunitário como em diagnóstico clínico (Symptom, 2013).

De acordo com a visão do seu editor, este instrumento encontra-se normalizado para indivíduos de 13 anos de idade ou mais velhos, sendo composto por 90 itens e levando 12 a 15 minutos para ser respondido. Cada um dos 90 itens é respondidos com base numa escala de cinco pontos (0-4), avalia-se e interpreta-se em função de 9 dimensões primárias e três índices globais de mal-estar psicológico (Casulo, 2004).

As nove dimensões primárias de sintomas definem-se com base em critérios clínicos, racionais e empíricos (Casulo, 2004). São elas:

- 1) Somatizações – esta dimensão avalia a presença de mal-estares que a pessoa percebe estarem relacionados com diferentes disfunções corporais (cardiovasculares, gastrointestinais, respiratórios);
- 2) Obsessivo-compulsivo – aqui inclui sintomas que se identificam com a síndrome clínica do mesmo nome: pensamentos, ações e impulsos que são vivenciados como impossíveis de evitar ou não desejados;
- 3) Sensibilidade interpessoal – focaliza-se na deteção da presença de sentimentos de inferioridade e inadequação, em especial quando a pessoa se compara com os seus semelhantes;
- 4) Depressão – os itens que integram esta subescala representam uma amostra representativa das principais manifestações clínicas de um transtorno de tipo

depressivo: estado de ânimo disfórico, falta de motivação, pouca energia vital, sentimento de falta de esperança e ideações suicidas;

- 5) Ansiedade – avalia-se a presença de sinais gerais de ansiedade tais como o nervosismo, tensão, ataques de pânico e medos;
- 6) Hostilidade – esta dimensão faz referência a pensamentos, sentimentos e ações característicos da presença de emoções negativas de raiva;
- 7) Ansiedade fóbica – este desconforto refere-se a uma resposta de medo persistente (pessoas específicas, lugares, objetos, situações), que é em si mesmo irracional e desproporcional em relação ao estímulo que a provoca;
- 8) Ideação Paranóide – avalia fundamentalmente comportamentos paranóides como distúrbios de pensamento: pensamento projetivo, desconfiança, medo de perder autonomia;
- 9) Psicoticismo - esta dimensão foi construída com a intenção de representar o *constructo* na dimensão contínua da experiência humana. Inclui sintomas referentes a estados de solidão, de estilo de vida esquizóide, alucinações e controle de pensamento.

Este questionário inclui sete itens adicionais que não se englobam nas nove dimensões já mencionadas mas que não deixam de ter relevância clínica (Casulo, 2004). São eles:

- ① Pouco apetite;
- ② Problemas em adormecer;
- ③ Pensamentos sobre a morte ou sobre morrer;
- ④ Comer em excesso;
- ⑤ Acordar muito cedo;
- ⑥ Sono intranquilo;
- ⑦ Sentimentos de culpa.

Por fim, como se referiu, têm-se os índices globais (Casulo, 2004):

- 1) Índice de Gravidade Global – bom indicador do nível de gravidade do mal-estar atual. Combina o número de sintomas reconhecidos como presentes com a intensidade da dor percebida. Calcula-se somando as pontuações obtidas nas nove dimensões dos sintomas e nos itens adicionais, e dividindo esse número pelo total de respostas (90 se respondeu a todas).
- 2) Total de Sintomas Positivos – calcula-se contando o total de itens que têm uma resposta positiva (maiores que 0). Em indivíduos da população em geral, pontuações brutas iguais ou inferiores a 3 em homens e iguais ou inferiores a 4 em

mulheres são consideradas como indicadoras de uma tentativa consciente para se mostrarem melhores do que realmente estão (imagem positiva); pontuações brutas superiores a 50 em homens e a 60 em mulheres indicam o contrário, ou seja, tendência a exagerar as suas patologias.

- 3) Índice de Desconforto Positivo – pretende avaliar o estilo de resposta indicando se a pessoa tende a exagerar ou a minimizar os desconfortos que a afligem. É calculada dividindo a soma total das respostas dadas aos itens pelo valor obtido no índice “Total de Sintomas Positivos”; pontuações extremas sobre este índice também sugerem padrões de respostas a serem analisados em termos de atitudes de fingimento.

INVENTÁRIO DEPRESSIVO DE BECK (BDI)

Criado por BECK, A. e publicado em 1961, consiste num questionário de autoavaliação com 21 itens de escolha múltipla e cuja versão portuguesa foi aferida por Vaz-Serra & Pio Abreu, em 1973 (Monteiro, 2009).

É um dos instrumentos mais utilizados para medir a severidade de episódios depressivos (Gorenstein & Andrade, 2001).

Na sua versão atual, o questionário está desenhado para pacientes acima dos 13 anos de idade e é composto de diversos itens relacionados aos sintomas depressivos. São eles:

- a) Tristeza;
- b) Pessimismo;
- c) Sensação de fracasso;
- d) Falta de satisfação;
- e) Sensação de culpa;
- f) Sensação de punição;
- g) Auto depreciação;
- h) Autoacusações;
- i) Ideias suicidas;
- j) Crises de choro;
- k) Irritabilidade;
- l) Retração social;
- m) Indecisão;
- n) Distorção da imagem corporal;
- o) Inibição para o trabalho;

- p) Distúrbio do sono;
- q) Fadiga;
- r) Perda de apetite;
- s) Perda de peso;
- t) Preocupação somática; e, por fim,
- u) Diminuição da libido.

Cada um destes itens é constituído por quatro ou cinco afirmações ordenadas segundo a gravidade do sintoma, perante os quais o indivíduo deverá escolher aquela afirmação que mais se aproxima do seu estado atual, variando o valor das alternativas entre 0 e 3. A consistência interna deste instrumento é boa, com uma fidelidade teste - reteste elevada (Vaz-Serra & Pio Abreu, 1973a e 1973b, como referido em Monteiro, 2009).

Atualmente existem três versões deste questionário: o BDI original (1961) e revisto em 1978, dando origem ao BDI-IA; e o BDI-II, publicado em 1996. Este Inventário é largamente utilizado como ferramenta numa variedade de contextos clínicos e de pesquisa, como é o caso da perturbação de identidade de género.

O desenvolvimento deste instrumento foi um importante evento na área da psicologia e da psiquiatria, representando a mudança na visão da depressão entre os profissionais de saúde de uma abordagem freudiana e psicodinâmica para uma visão guiada pelos pensamentos ou cognições do paciente.

Todavia, o profissional de saúde mental deve atender ao facto de os resultados poderem ser facilmente exagerados ou minimizados pelo paciente que completa as questões aí colocadas, pois a forma como ele é administrado pelo paciente pode causar um efeito no resultado final.

INVENTÁRIO CLÍNICO MULTIAXIAL DE MILLON (MCMI)

Ferramenta criada por Millon, T., Millon, C., Davis, R. e Grossman, S., para ser utilizada como forma de avaliação de pacientes com suspeita de sofrerem de distúrbios psicológicos ou então que estes já sejam conhecidos com o objetivo de se melhorar o diagnóstico. Composta por uma série de perguntas de verdadeiro-falso (175 perguntas no total), cuja conclusão se prever ser de cerca de meia hora, pode ser usada para procurar

traços de personalidade e indicadores de síndromes clínicas para fins de diagnóstico (Millon, Davis, Millon, & Grossman, 2009).

Este inventário foi desenvolvido para ser usado com adultos bem como foi originalmente desenvolvido e estandardizado especificamente em populações clínicas (pacientes em hospitais psiquiátricos ou pessoas com problemas de saúde mental existentes), ou seja, foi desenvolvido para utilização em populações de doentes mentais, mas às vezes também é usado como uma ferramenta de avaliação de um paciente sem um distúrbio psicológico conhecido. Perante tal população-alvo, os autores são muito específicos ao afirmarem que não deve ser utilizado com a população em geral (Millon et al., 2009).

Às vezes, pode fornecer percepções sobre traços de personalidade que podem ajudar as pessoas em psicoterapia e em outras situações (Millon et al., 2009).

O teste está coordenado de perto com o DSM – ferramenta de diagnóstico psiquiátrico amplamente utilizada nos EUA –, o texto define uma ampla gama de problemas de saúde mental e fornece critérios de diagnóstico para os Técnicos de Saúde Mental poderem determinar se um paciente se encaixa numa categoria particular. Com a ajuda do MCMI, um técnico de saúde mental pode identificar distúrbios pessoais e algumas síndromes clínicas, como o transtorno bipolar e a depressão major (Millon et al., 2009).

Atualmente já se aplica a 3.^a edição deste Inventário, a qual acrescentou uma série de terapias orientadoras às escalas de personalidade básicas do instrumento. Essas escalas permitem, de facto, identificar os domínios clínicos mais importantes (por exemplo, interpessoal, cognitiva) que caracterizam o paciente ao responder ao inventário. Esta informação ajuda a "personalizar" e ainda a "individualizar" os resultados do teste MCMI especificando aquelas características que chamam a atenção do profissional de Saúde Mental – é a chamada "terapia personalizada" (Millon et al., 2009).

INVENTÁRIO MULTIFÁSICO DE PERSONALIDADE DE MINNESOTA-2 (MMPI-2)

Desenvolvido no final da década de 1930 por Hathaway, S. R, e Mckinley, J. C., na Universidade de Minnesota, hoje é um instrumento de testes clínicos frequentemente utilizado e um dos testes psicológicos mais pesquisados. Embora o MMPI não seja um teste perfeito, continua a ser uma ferramenta valiosa no diagnóstico e tratamento da doença mental (Cherry, s.d.).

O MMPI original foi desenvolvido na Universidade de Minnesota, por Hathaway e Mckinley, e introduzido em 1942. A versão padrão atual – o MMPI-2 – destina-se a pessoas com 18 anos de idade ou mais, foi lançado em 1989, com uma revisão posterior de determinados elementos do teste no início de 2001. É composto por 567 itens, ou questões, e demora cerca de 60 a 90 minutos para ser concluído. Há uma forma abreviada do

ensaio que é constituída pelos primeiros 370 itens na forma longa MMPI-2. Há também uma versão do inventário para os adolescentes, com idades compreendidas entre os 14 e os 18 anos, o MMPI-A (Cherry, s.d.).

As perguntas efetuadas no MMPI são pensadas para avaliar os pensamentos, emoções, atitudes e características comportamentais que compõem a personalidade. Os resultados do teste refletem os pontos fortes e os pontos fracos da personalidade de um indivíduo, podendo identificar certos distúrbios de personalidade (psicopatologias) ou défices mentais causados por problemas neurológicos (Cherry, s.d.).

Existem seis escalas de validade e dez escalas clínicas ou de personalidade básicos, marcadas na MMPI-2, e um certo número de escalas e subescalas suplementares que podem ser utilizadas com o teste. As escalas de validade são usadas para determinar se os resultados são realmente válidos (ou seja, se o avaliado estava a ser verdadeiro, se respondeu de forma cooperativa e não de forma aleatória) e para avaliar o estilo de resposta do avaliado (ou seja, cooperativa, defensivo). Cada escala clínica utiliza um conjunto ou subconjunto de perguntas do MMPI-2 para avaliar um traço de personalidade específico. O MMPI deve sempre ser administrado em um ambiente controlado por um psicólogo ou outro profissional de saúde mental qualificado e treinado em seu uso (Cherry, s.d.).

Ora, a abordagem única e exclusivamente psicológica não é considerada como uma alternativa razoável, já que se tem demonstrado que uma abordagem destas se torna incapaz de ajudar os transexuais a aceitar o seu sexo biológico (Vieira, 2003).

Efetivamente, o transexual não pretende alterar os seus sentimentos ou tendências. O que ele pretende é, sim, adequar o seu sexo biológico ao seu sexo psicológico (Vieira, 2003).

Para isso, e em suma, é função da Psiquiatria e da Psicologia, através da panóplia de testes de personalidade que tem ao seu dispor, diagnosticar a perturbação de identidade de género assegurando, dessa forma, a existência de uma vontade decidida e persistente na mudança, submetendo-se o paciente a um período de experiência da vida real antes da cirurgia, durante dois anos, para se certificarem da reunião de todos os requisitos diagnósticos necessários para iniciar o processo de reatribuição sexual (Vieira, 2003).

Durante este tempo, e nas sucessivas e distintas etapas por que o paciente vai passando até à reatribuição sexual definitiva, são úteis medidas psico-educacionais, para ajudar a pessoa a lidar e a comportar-se no seu novo papel, ao mesmo tempo que se avalia a capacidade de se adaptar ao seu novo estilo de vida, aos mais variados níveis: psicológico, social, laboral e familiar (Vieira, 2003).

2.3. O RENASCER

Eis que se chega a uma das fases mais desejadas pelos transexuais e que é o início de uma nova vida e de um novo “eu”.

Quem contacta com estas pessoas de perto denota que, a partir do momento em que iniciam a fase da hormonoterapia, é como que o estar a um passo da congruência que tanto procuraram durante toda uma vida e que agora, sim, falta muito pouco para pertencerem ao sexo com que sempre sonharam e com que sempre se identificaram.

2.3.1. A HORMONOTERAPIA

A terapia hormonal tem um papel importante no processo de transição anatómica e psicológica de adultos com este diagnóstico (Freitas et al., 2011).

Pode afirmar-se que a terapia hormonal é, na grande maioria dos casos, necessária para uma adequação de vida ao novo género. Com ela a qualidade de vida melhora sendo fator limitante da co-morbilidade psiquiátrica (Freitas et al., 2011).

A administração de androgénios a mulheres biológicas e de estrogénios, progesterona e antiandrogénios a homens biológicos, faz com que os pacientes se sintam e pareçam mais com os membros do género oposto (Freitas et al., 2011).

Para que a terapia hormonal se possa iniciar têm de ser atendidos os riscos médicos e sociais. Daí que sejam requisitos para a sua aplicabilidade ter idade igual ou superior a 18 anos, exercer-se o direito à informação adequada sobre as consequências médicas, benefícios e riscos sociais e, ainda, a relação desta terapia com a Experiência Real de Vida e a Psicoterapia (Freitas et al., 2011).

Ora, o efeito ótimo da hormonoterapia pode não ser evidente após um período de 2 anos de tratamento contínuo (Freitas et al., 2011).

A hereditariedade limita a resposta dos tecidos às hormonas, algo que não é dose-dependente (ou seja, não adianta aumentar doses). Os efeitos desta terapia são variáveis dado cada caso ser um caso (Freitas et al., 2011).

Nos casos de transexualismo primário feminino (F→M), é feita terapêutica com testosterona, com o objetivo de se assistir a uma androgenização progressiva com aumento da massa muscular e respetiva força, engrossar da voz, hipertrofia do clitóris, atrofia

mamária ligeira, aumento da pilosidade facial e corporal, alopecia tipo masculino, aumento de peso, maior excitação sexual, diminuição do tecido adiposo principalmente na região das ancas, e, dá-se a supressão da menstruação (Freitas et al., 2011) – ver Figuras 1 a 4, gentilmente cedidas pelo Dr. João Décio Ferreira.



Figura 1: Antes de iniciar a hormonoterapia – visão posterior

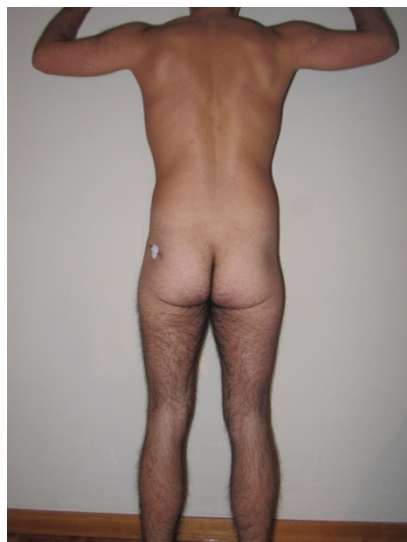


Figura 2: Efeito da hormonoterapia após 2 anos e 2 meses – visão posterior

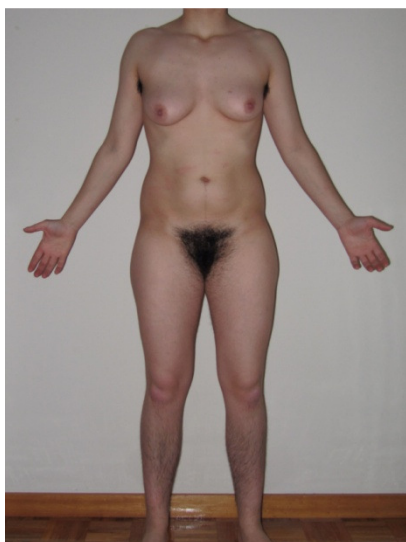


Figura 3: Antes do início da hormonoterapia - visão frontal



Figura 4: Efeito da hormonoterapia após 2 anos e 2 meses - visão frontal

Nos casos de transexualismo primário masculino (M→F), que é a situação mais frequente e a que mostra resultados definitivos mais favoráveis, são administrados estrogénios para se obter uma feminização progressiva com crescimento mamário (que pode ser suficiente sem necessidade de mamoplastia), aquisição de outros contornos femininos como o aumento e redistribuição do tecido adiposo, diminuição da massa muscular, pele mais fina, queda da pilosidade corporal, desaceleração ou até paragem da alopecia de

padrão masculino, diminuição da fertilidade e do volume testicular, ereções menos firmes, e, a alteração da voz (Vieira, 2003; Freitas et al., 2011; Marques et al., 2012).

No entanto, tem-se verificado que o tratamento hormonal, nestes casos, pouco afeta a voz, podendo haver a necessidade de recorrer a cirurgia da laringe, considerando-se sempre o recurso à terapia da fala (Cohen-Kettenis & Gooren, 1999). Quanto ao excesso da pilosidade corporal, a terapêutica hormonal pode não ser suficiente, podendo levar ao recurso da correção por laser (Marques et al., 2012).

Mas, como “não há bela sem senão”, tem-se de atender a possíveis efeitos secundários negativos que a hormonoterapia pode provocar em pacientes com determinadas patologias ou com risco cardiovascular, como por exemplo, problemas de coagulação, algumas doenças endócrinas, hipertensão, etc. (Freitas et al., 2011).

É ainda de realçar que nestes pacientes não se utilizam apenas estrogénios ou testosterona. Estas são as hormonas-base do tratamento, mas às quais se vão somar, no caso de F→M a prescrição de medicamentos com o escopo de interromper os ciclos menstruais; no caso de M→F, a toma diária de anti-androgénios e/ou de progestagénios (Freitas et al., 2011).

Nestes casos as características sexuais originais são suprimidas através da utilização de LHRH (substância que suprime o crescimento de hormonas masculinas), progesterona (acetato de medroxiprogesterona), espironolactona, flutamida, e cyproteronacetato (Mandal, s.d.c).

O Etinilestradiol (0,1 – 0,5 mg/d) e o estrogénio conjugado (7,5 – 10 mg/d) são as hormonas femininas essenciais para ajudarem ao crescimento dos seios, ao aumento da gordura corporal, ao alargamento dos quadris, a menos musculatura, a menos pêlos faciais e corporais, à redução de tamanho do pénis e testículos e a uma formação do corpo mais feminino (Mandal, s.d.c).

Como se pode concluir, a hormonoterapia é bastante complexa, combinada, cuja monitorização é efetuada com frequência visando otimizar os efeitos terapêuticos positivos e minimizando simultaneamente os efeitos secundários.

No que respeita às crianças, de acordo com as *guidelines* da *Endocrine Society*, antes de atingirem a puberdade, não devem receber tratamentos de hormonoterapia porque o diagnóstico de transexualidade não pode ser feito antes de a criança atingir a puberdade (The Endocrine Society, 2009).

Atendendo ao facto de que a hormonoterapia é para a vida, é administrada aos pacientes, após a fase das cirurgias, apenas a hormona sexual respetiva (estrogénio ou testosterona), mas em doses habitualmente mais baixas do que durante o decurso de todo o processo de reatribuição sexual (Freitas et al., 2011).

2.3.2. AS CIRURGIAS DE REATRIBUIÇÃO SEXUAL

Quando a pessoa vivenciou a experiência real como membro do sexo oposto, e continua a estar completamente convicto de querer continuar o Processo de Reatribuição Sexual, será direcionada para a equipa de cirurgia.

Ou seja, a cirurgia de mudança de sexo – ou de reatribuição sexual –, consiste num dos últimos procedimentos clínicos em países que têm um programa clínico de atendimento a transexuais como forma de adequar os desejos dos pacientes à estrutura social orientada pelos papéis de género (Cardozo, 2005).

A cirurgia de reatribuição sexual é efetiva e medicamente indicada para os casos de PIG severa. Em pessoas diagnosticadas com transexualismo ou PIG profunda, a reatribuição sexual, acompanhada por hormonoterapia e pela experiência de vida real, é um tratamento que provou ser eficiente (Cardozo, 2005).

Ao longo dos anos, e dada a irreversibilidade de algumas das operações, os procedimentos cirúrgicos utilizados na reatribuição sexual têm vindo a ser desenvolvidos e aprimorados com o objetivo de atender às ansiedades dos pacientes transexuais (Cardozo, 2005).

Hoje existem diversas técnicas e diferentes procedimentos disponíveis, o que aumenta as possibilidades daqueles que desejam optar por tal procedimento (Cardozo, 2005).

Antes de avançar, explicita-se que apenas se irá abordar os procedimentos cirúrgicos que atualmente são praticados em Portugal, mais especificamente pela única equipa médico-cirúrgica que realiza este tipo de cirurgias de reatribuição sexual. Isto, muito embora, sem menosprezar todo o esforço que está a ser levado a cabo numa outra entidade de saúde pública nacional.

2.3.2.1. DO MASCULINO PARA O FEMININO

Em transexuais masculinos para femininos (M→F), a cirurgia de reatribuição sexual consiste principalmente na remoção do pénis, do escroto, e dos testículos, a construção dos lábios genitais e uma vaginoplastia. Podemos ainda ter uma mamoplastia de aumento para os casos em que, após anos de hormonoterapia, as mamas continuam quase sem desenvolvimento.

Por outras palavras, pode dizer-se que nestes casos a cirurgia consiste basicamente na “castração” e, conjuntamente com ela, na amputação do pénis (penectomia ou peotomia). É na sequência da ablação do pénis que o cirurgião cria uma neovagina (Cardozo, 2005).

Nestes pacientes começa-se por uma **construção mamária** que se divide em duas fases (Ferreira, s.d.a; Ferreira, s.d.b):

- 1.^a Fase – Colocação de expansores, para que os tecidos se distendam e seja criado espaço para as próteses definitivas. Esta intervenção é efetuada com anestesia geral e tem a duração de cerca de uma hora, seguida de um mês e meio em consulta para obter a expansão desejada, com injeção transcutânea de soro no expansor;
- 2.^a Fase – Substituição dos expansores por próteses mamárias definitivas. Esta cirurgia é realizada após um período mínimo de seis meses para que os tecidos estabilizem, com anestesia geral tendo a duração de cerca de uma hora.

Abaixo tem-se o exemplo de um caso concreto operado pela equipa médica liderada pelo Dr. João Décio Ferreira (médico cirurgião), que efetua este tipo de cirurgias no SNS desde 2005: inicialmente no Hospital de Santa Maria e posteriormente no Hospital de Jesus, ambos em Lisboa.

No caso em questão, e de acordo com a informação obtida, como não havia tecidos suficientes para se poder colocar próteses do tamanho pretendido pela paciente, foi necessário colocar em primeiro lugar expansores para obter a distensão necessária da pele e músculos peitorais (cfr. Figuras 5 e 6).



Figura 5: Antes da cirurgia, no decurso da hormonoterapia
(Fonte: joaodecioferreira.com)



Figura 6: Após colocação de expansores
(Fonte: joaodecioferreira.com)

Após a expansão necessária para o que se pretendia, e decorrido o tempo mínimo para a estabilização dos tecidos, foram colocadas as próteses definitivas sub-musculares (cfr. Figura 7).



Figura 7: Após o período mínimo de 6 meses e já com as próteses definitivas com colocação sub-muscular
(Fonte: joaodecioferreira.com)

No entanto, e muito embora estas tenham sido próteses de colocação sub-muscular, os cirurgiões tentam sempre usar como via de acesso a periareolar: a prótese é colocada através de uma incisão que acompanha o contorno inferior da aréola, seguindo a linha que separa a pele mais escura da aréola da pele mais clara do resto da mama.

A cicatriz que fica é normalmente quase invisível e fica disfarçada na zona de mudança de cor entre a pele da aréola e a pele do resto da mama. É fácil desta maneira colocar a prótese sub-mamária ou sub-muscular (Ferreira, s.d.a).

Outra das cirurgias efetuada é a **transformação genital**, com a qual se pretende obter uma genitália em tudo semelhante com o de uma mulher biológica.

Para isso, o que é realizado nesta equipa é como que um aproveitamento de todas as estruturas da genitália masculina, utilizando os tecidos mais apropriados para a construção dos vários componentes de uma vulva e vagina normais.

Assim:

- os tecidos que constituem a face externa dos grandes lábios são da mesma origem embriológica do tecido que constitui o escroto;
- os tecidos que formam o exterior do pénis e os que formam a face interna dos grandes lábios bem como os que formam a face externa dos pequenos lábios são da mesma origem embriológica;
- o clitóris mais não é que um pénis em miniatura em que a uretra só se formou até à base; e,
- os tecidos que formam a uretra peniana são da mesma origem dos que formam a face interna dos pequenos lábios (Ferreira, s.d.c).

Perante isto, há que começar por retirar os testículos, os corpos cavernosos, o que está a mais da uretra e os corpos esponjosos, mas sempre tendo em atenção a conservação da sensibilidade das estruturas.

A partir daqui e, utilizando-se uma técnica semelhante à de quem sofre da síndrome de Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser (MRKH) – agenesia vaginal ou ausência congénita da vagina –, realiza-se:

- a) Orquidectomia – em que se faz a ressecção dos testículos;
- b) Penectomia – em que se faz a recessão dos corpos cavernosos e de parte distal da uretra;
- c) Labioplastia – em que se formam os grandes lábios e os pequenos lábios com a pele do escroto e do pénis, de maneira a dar uma forma genital mais aproximada possível a uma vulva normal;
- d) Clitoroplastia – em que se constrói a glade do clitóris com parte da glande do pénis;
- e) Por fim, a Neovagina ou Vaginoplastia – ou seja, forma-se uma vagina, podendo ser feita à custa da inversão da pele do pénis, de pele do pénis e retalho do escroto (aqui correndo-se sérios riscos de poderem surgir pelos dentro da vagina, dada a natureza do tecido que a compõe), de enxertos de pele, de retalho do cólon (intestino grosso) ou com um enxerto livre de uma parte do intestino delgado, o jejuno (sendo este último o escolhido pela equipa médica portuguesa).

Esta é uma intervenção com uma duração média de 5 a 6 horas feita sob anestesia geral podendo ser realizada naqueles 6 meses de espera que separam as duas fases da construção mamária (Ferreira, s.d.c).

Após a transformação genital é necessário o uso de um molde semirrígido para evitar retrações da neovagina, em especial nos primeiros dois meses. O uso do molde é necessário e importante apesar de, em alguns casos operados pela equipa portuguesa, se ter mostrado quase desnecessário – depende tudo da capacidade de cicatrização da paciente (Ferreira, s.d.c).

A paciente pode ter atividade sexual após aproximadamente 45 dias mas não poderá dispensar o uso do molde (Ferreira, s.d.c).

Para além destas duas intervenções, outras mais podem ser realizadas como é o caso das intervenções para alterações faciais: rinoplastias, mentoplastias, cervicais para diminuir a denominada “maçã-de-adão” (condroplastia tiroideia), transplantes de cabelo e/ou retalhos (caso seja necessário modificar a linha do cabelo ou corrigir uma alopecia já existente) (Freitas et al., 2011). Tudo para que as suas características sejam mais semelhantes às das pessoas do sexo psicológico.

2.3.2.2. DO FEMININO PARA O MASCULINO

Pacientes do sexo feminino para masculino tipicamente podem submeter-se a uma mastectomia bilateral e à construção de um neofalo. Devido à melhoria das técnicas de faloplastia, cada vez mais pacientes do sexo feminino para masculino optam por esta intervenção.

Os procedimentos cirúrgicos a incluir nestes casos são variados. Assim temos, segundo Ferreira (s.d.d):

a) **Mastectomia bilateral** – podendo aqui utilizar-se uma de duas técnicas, consoante o tamanho da mama:

a.1) Mastectomia subcutânea periareolar → é utilizada quando a mama é pequena e há pouca pele. Neste caso as cicatrizes ficam no contorno inferior das aréolas tornando-se praticamente invisíveis (cfr. Figuras. 8 e 9);



Figura 8: Antes da mastectomia
(Fonte: joaodecioferreira.com)



Figura 9: Depois da mastectomia subcutânea periareolar
(Fonte: joaodecioferreira.com)

a.2) Mastectomia com enxerto de mamilos → é utilizada quando a mama é grande e, portanto, com muita pele. Neste caso efetua-se uma resseção da glândula e de parte da pele, utilizando-se os complexos areolo-mamilares como enxertos. Com o tempo as cicatrizes tornam-se quase invisíveis (cfr. Figuras 10 e 11).



Figura 10: Antes da mastectomia com enxerto de mamilos
(Fonte: joaodecioferreira.com)



Figura 11: Depois da mastectomia com enxerto de mamilos
(Fonte: joaodecioferreira.com)

Normalmente, uma mastectomia tem uma duração compreendida entre 1h30 a 3 horas, conforme o tamanho das mamas (que condiciona, como se acabou de ver, a técnica a utilizar) e é administrada anestesia geral ao paciente.

Todavia, nem sempre as pacientes chegam à equipa de cirurgia como a que se encontra retratada na Figura 8.

Um bom exemplo do desespero que os transexuais femininos sentem quando chegam à puberdade e se deparam com o crescimento das suas mamas é o recorrerem à compressão mamária com o objetivo de as esconder (cfr. Figuras 12 e 13).



Figura 12: Compressão mamária – visão frontal
(Fonte: joaodecioferreira.com)



Figura 13: Compressão mamária – visão lateral
(Fonte: joaodecioferreira.com)

- b) **Histerectomia** – cirurgia efetuada para remoção de todo o útero, incluindo o colo do útero. No decurso desta intervenção que tem a duração de cerca de 2 horas e administração de anestesia geral ao paciente, a equipa efetua mais dois passos importantes (Ferreira, s.d.b; Freitas et al., 2011). São eles:
 - b.1) Salpingo-ooforectomia → remoção / ressecção de ambos os ovários e trompas de Falópio; e,
 - b.2) Vaginectomia → remoção da vagina inteira (canal do parto) ou de parte dela.
- c) **Metoidoplastia e Escrotoplastia** – consistem na formação de um pequeno pénis com os tecidos do clitóris e dos pequenos lábios vulvares, já muito aumentados pela hormonoterapia, e na formação do escroto à custa da face externa dos grandes lábios vulvares. Nesta intervenção cirúrgica é administrada anestesia geral ao paciente e tem a duração de cerca de 1h30 a 3 horas (Freitas et al., 2011).
- d) **Uretroplastia** – consiste no aumento do comprimento da uretra até à extremidade do neo-pénis (Freitas et al., 2011)

- e) **Colocação de próteses testiculares** no neo-escroto, sendo administrada anestesia geral e com duração de cerca de 1 hora (cfr. Figuras 14 e 15) (Freitas et al., 2011; Ferreira, s.d.b).



Figura 14: Antes da colocação de próteses testiculares
(Fonte: joaodecioferreira.com)



Figura 15: 2 meses após a operação
(Fonte: joaodecioferreira.com)



Chegados a esta fase, é dada a opção ao paciente de ficar assim, com um minipênis, ou optar por uma faloplastia (Ferreira, s.d.b).

- f) **Faloplastia** – consiste na formação de um neo-pênis de tamanho e forma semelhante o mais possível a um pênis de homem em ereção, à custa de retalhos de pele e tecidos vários, da própria pessoa (dependendo da técnica empregue) e colocação de prótese, se necessário, para obter a rigidez semelhante a uma ereção normal. A escolha do retalho a utilizar nesta operação deve ter em conta as características físicas do paciente (gordo, magro, com mais ou menos pilosidade, etc.) e as sequelas (defeitos estéticos e/ou funcionais) que irá criar na zona dadora (Freitas et al., 2011).

Foi devido à existência destas possíveis sequelas que a equipa do Dr. Décio Ferreira escolheu por construir um pênis à custa de um duplo retalho tubular da parede abdominal – é a denominada técnica de Gillis (em homenagem a um dos pais da cirurgia plástica, Harold Gillies). A rigidez do neo-pênis formado por esta técnica é obtida através de um enxerto de cartilagem costal. Na Figura 16 pode ver-se que a curvatura é devida exatamente à curvatura natural da própria cartilagem (Ferreira, s.d.d).

É óbvio que, no imediato, este neo-pênis não tem qualquer sensibilidade mas, com o passar do tempo, e dada a reinnervação natural do retalho a partir

da enervação do clitóris, esta sensibilidade irá surgir alguns meses depois (entre 6 a 12 meses). Fisiologicamente terá quase a sensibilidade de um pênis natural (Ferreira, s.d.d).

Todavia, para se chegar aqui muitas cirurgias são necessárias que vão desde a formação da uretra, formação do retalho e início da sua transferência e modelagem culminando na colocação de enxerto de cartilagem costal do próprio paciente para ser obtida a rigidez necessária para uma boa penetração.



Figura 16: Faloplastia - curvatura natural da cartilagem costal enxertada
(Fonte: joaodecioferreira.com)

Para além destas cirurgias, podem ainda ser necessárias pequenas correções cirúrgicas como, por exemplo, tamanho dos mamilos, qualquer complicação que surja como resultado das várias cirurgias e no final, eventualmente, correções de cicatrizes em geral (Ferreira, s.d.b).

Todas as cirurgias de modelação da glândula deste neo-pênis são efetuadas em regime ambulatorio e na fase em que a sensibilidade ainda não chegou à extremidade pelo que são realizadas sem necessidade de qualquer anestesia (Ferreira, s.d.d).

Segundo Ferreira (s.d.b) J. D., “*é claro que podemos associar mais que uma cirurgia. Podemos fazer num só tempo a histerectomia e a metoidoplastia, por exemplo, ou a mastectomia com um dos tempos da faloplastia, tudo depende do caso concreto. É claro que os tempos da faloplastia são forçosamente sequenciais mas podem ser associados com outras cirurgias diferentes. (...) No fundo temos que pôr sempre o bom senso à frente da ‘pressa’ dos candidatos às cirurgias*”.

Por tudo quanto ficou explanado pode perceber-se que se trata de cirurgias de grande porte e que têm carácter irreversível.

Desta forma, é de fulcral importância que os pacientes sejam esclarecidos de todas as consequências funcionais e estéticas desses procedimentos, além dos possíveis riscos.

É uma mais-valia para estes pacientes, candidatos à cirurgia de reatribuição sexual, o contacto prévio com os médicos e com outros pacientes que já tenham realizado as cirurgias para que seja tomada uma decisão consciente relativamente à efetivação da cirurgia.

Como Palmares (2008) afirma num estudo que efetuou a dois transexuais após operações, estes ficaram com a sensação de renascer que adveio da cirurgia, e as sensações de as duas partes se encaixarem, deixando de haver a dualidade anterior, verificando-se uma marcada elevação no humor de ambos. A esta associa-se a grande liberdade e auto-confiança sentidas consigo próprios, com a família e com parceiros romântico-sexuais bem como nos relacionamentos sociais e com amigos.

2.4. RECONHECIMENTO LEGAL DA TRANSEXUALIDADE NO MUNDO

Após se analisarem os aspetos psicológicos e médicos no que respeita à transexualidade, será agora oportuno verter as atenções para a visão que, um pouco por todo o mundo, se tem deste tema e como é que ele é tratado a nível jurídico, dado que o grau de reconhecimento legal varia amplamente de país para país, de continente para continente.

Muitos países já reconhecem legalmente o processo de reatribuição sexual permitindo a alteração do sexo legal na certidão de nascimento. Muitos são os transexuais que recorrem à cirurgia para alterar o seu corpo ou, então, alteram o seu corpo de forma semi-permanente através do recurso à hormonoterapia (é o já explicado Processo de Reatribuição Sexual).

Em muitos países, estas modificações são requisito para o reconhecimento legal, mas noutros, os aspectos legais estão ligados aos cuidados de saúde, ou seja, são as mesmas entidades ou médicos que decidem se a pessoa pode ou não avançar no seu tratamento e os procedimentos subsequentes englobam automaticamente ambas as matérias.

Em algumas legislações, os transgéneros, considerados como não-transexuais, podem beneficiar do reconhecimento legal concedido aos transexuais.

Para alguns países, um diagnóstico médico de transexualidade é (pelo menos do ponto de vista formal) o necessário. Noutros, um diagnóstico de disforia de género ou, simplesmente, o facto de que foi estabelecido um papel de género não-conforme pode ser suficiente para ser concedido o reconhecimento legal.

Para tristeza da comunidade transexual mundial, poucos são ainda os países que já tutelam a transexualidade nos seus ordenamentos jurídicos, de molde a estas pessoas poderem alterar os elementos necessários nos seus registos de nascimento e assim viverem de acordo com o género que se lhes coaduna melhor.

No entanto, quer o Conselho da Europa quer as Nações Unidas já emanaram resoluções no sentido do reconhecimento legal da condição de se ser transexual e de lhes ser reconhecido ainda o direito à retribuição de género.

Assim, temos a Recomendação 1117, de 29 de julho de 1989, da Assembleia Parlamentar do Conselho da Europa e a Resolução do Parlamento Europeu de 12 de setembro de 1989, que recomendam aos Estados membros a necessidade de legislarem no sentido de reconhecer às pessoas transexuais o direito à retribuição de género através de tratamentos endócrinos, cirurgia plástica, tratamentos estéticos, e no sentido de essas mesmas pessoas serem inseridos nos serviços de saúde sociais.

Ainda relevante para aqui é a Resolução do Parlamento Europeu, de 28 de setembro de 2011, sobre direitos humanos, orientação sexual e identidade de género nas Nações Unidas, que, entre muitas outras considerações,

“Condena muito firmemente o facto de que a homossexualidade, a bissexualidade ou a transexualidade sejam vistas ainda por certos países, inclusive na EU, como uma doença mental, e solicita aos diferentes Estados que lutem contra este fenómeno; solicita, em especial, a despsiquiatrização do percurso transexual e transgénero, a livre escolha da equipa de tratamento, a simplificação da mudança de identidade e a cobertura pela Segurança Social” (ponto 13).

Mais à frente vem convidar *“a Comissão e a Organização Mundial de Saúde a retirar os transtornos de identidade de género da lista de transtornos mentais e comportamentais e a velar por uma reclassificação não-patologizante nas negociações sobre a 11.^a Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-11)” (ponto 16).*

No Relatório Temático “Direitos Humanos e Identidade de Género”, do Conselho da Europa (Hammarberg, 2011), menciona-se também que os instrumentos internacionais de direitos humanos protegem a todos sem discriminação e excepção. Embora alguns desses instrumentos sejam omissos quanto à menção de identidade de género ou orientação sexual, estes tratados são aplicáveis a todas as pessoas, graças à amplitude das cláusulas contra a discriminação.

Num esforço internacional em grande escala para promover padrões internacionais relativamente à orientação sexual e à identidade de género, foram publicados em 2007 “Os Princípios de Yogyakarta sobre a Aplicação da Legislação Internacional de Direitos Humanos em Relação à Orientação Sexual e Identidade de Género” que, embora não tenham sido até à data oficialmente adotado como padrão internacional, quer os órgãos da ONU quer vários outros países já citam estes princípios e converteram-nos num guia para definir as suas políticas nesta temática. Destes princípios destacamos o terceiro pela sua especial relevância:

“Toda a pessoa tem o direito de ser reconhecida, em qualquer lugar, como pessoa perante a lei. As pessoas de orientações sexuais e identidades de género diversas devem gozar de capacidade jurídica em todos os aspetos da vida. A orientação sexual e identidade de género autodeterminadas por cada pessoa constituem parte essencial da sua personalidade e um dos aspetos mais básicos de sua autodeterminação, dignidade e liberdade. Nenhuma pessoa deverá ser forçada a se submeter a procedimentos médicos, inclusive cirurgia de mudança de sexo, esterilização ou terapia hormonal, como requisito legal da sua identidade de género. Nenhum status, como casamento ou status parental, pode ser invocado para evitar o reconhecimento legal da identidade de género de uma pessoa. Nenhuma pessoa deve ser submetida a pressões para esconder, reprimir ou negar sua orientação sexual ou identidade de género.”

Quanto ao reconhecimento legal do género preferido, como é descrito neste mesmo Relatório, o artigo 8.º da Convenção Europeia dos Direitos do Homem estabelece que qualquer pessoa “tem direito ao respeito da sua vida privada e familiar, do seu domicílio e da sua correspondência.”

Com base nesta disposição legal, o Tribunal Europeu dos Direitos Humanos determinou que a negação de um Estado para mudar a certidão de nascimento de uma pessoa para que nela conste o género preferido, constitui uma violação do artigo 8.º da Con-

venção, de tal modo se requerendo, neste Relatório, que os Estados membros reconheçam legalmente a mudança de género das pessoas transexuais.

Posto isto, analisa-se de imediato, a como é que o tema da Transexualidade está a ser tratado legalmente pelos mais variados países dos cinco continentes.

2.4.1. NOS PAÍSES NÃO EUROPEUS

Como critério de explanação da forma como é encarada a transexualidade nos vários ordenamentos jurídicos fora do continente europeu utiliza-se a ordem alfabética. Assim:

Argentina

Foi dos últimos países a aprovar a Lei de Identidade de Género (Ley 26.743), tendo a mesma sido aprovada em maio de 2012 – ver o Anexo III-4.

Segundo o texto da lei, todas as pessoas têm direito ao reconhecimento da sua identidade de género, ao livre desenvolvimento da sua pessoa de acordo com a sua identidade de género bem como a serem tratadas de acordo com a sua identidade de género e, em particular, a ser identificada desse modo nos documentos que conferem a sua identidade nomeadamente no que respeita ao seu nome, foto e sexo com os que estão registados (artigo 1º).

Nos termos da lei, entende-se por identidade de género “*a vivência interna e individual de género tal como cada pessoa a sente, a qual pode corresponder ou não ao sexo atribuído no momento do nascimento, incluindo a vivência pessoal do corpo*”. Isto pode envolver a modificação da aparência ou a função corporal através de meios farmacológicos, cirúrgicos ou de outra índole, sempre que seja livremente escolhido. Também inclui outras expressões de género, como o vestuário, o modo de falar e condutas (artigo 2º).

Na Argentina terão direito à retificação de documentos as pessoas maiores de 18 anos e submetidas ao registo nacional, ou, se forem menores de idade, o pedido deverá ser efetuado pelos seus representantes legais, com o expreso consentimento do menor, tendo em conta os princípios da capacidade progressiva e o interesse superior do menor, de acordo com a Convenção dos Direitos da Criança e com a legislação nacional de proteção integral dos direitos das raparigas, rapazes e adolescentes.

Toda a pessoa que solicite a retificação registal do sexo, a mudança de nome e de foto deverá preencher os seguintes requisitos (artigo 4º):

- Comprovar a idade mínima de 18 anos de idade, com exceção dos menores de idade;
- Apresentar perante o Registo Nacional de Pessoas ou suas secções correspondentes, um pedido manifestando encontrar-se protegida por esta lei, requerendo a retificação registal da certidão de nascimento e do novo documento nacional de identidade correspondente, mantendo-se o número original;
- Expressar o novo nome escolhido com o qual solicita inscrever-se;
- Em nenhum caso será requisito comprovar intervenção cirúrgica de reatribuição genital total ou parcial, nem comprovar terapias hormonais ou outro tratamento psicológico ou médico.

A correção do registo não altera a titularidade de direitos e obrigações legais que possam corresponder à pessoa, mantendo as suas relações de direito de família e mantendo-se imodificáveis, incluindo a adoção (artigo 7º).

Outra das previsões legais diz respeito ao direito do livre desenvolvimento pessoal, segundo o qual, todas as pessoas maiores de 18 anos poderão, a fim de garantir o gozo da saúde, aceder a intervenções cirúrgicas totais ou parciais, e/ou a tratamentos integrais hormonais para adequar o seu corpo, incluindo a sua genitália, a sua identidade de género autopercebida, sem necessidade de requerer autorização judicial ou administrativa.

Para o acesso aos tratamentos integrais hormonais, não será necessário acreditar na vontade da intervenção cirúrgica de reatribuição genital total ou parcial. Em ambos os casos requerer-se-á o consentimento informado da pessoa (artigo 11º).

Austrália

A primeira vez na história jurídica da Austrália em que foi permitido a um adulto transexual alterar a sua certidão de nascimento para um sexo diferente, logo de seguida as regras de emissão de passaportes mudaram permitindo-se que aos transexuais fosse permitida a emissão de passaportes de acordo com a nova identidade e com o sexo escolhido.

A Austrália é, desde 1984, um dos países onde o estatuto legal do sexo adquirido após a cirurgia de afirmação sexual fica completada através de uma nova certidão de nascimento completa – ver Anexo III-1.

No entanto, enquanto as certidões de nascimento estão sob a alçada da jurisdição dos estados, questões como o casamento e a emissão de passaportes competem à *Commonwealth*.

Atualmente, todas as jurisdições australianas reconhecem o sexo afirmado por um indivíduo após a cirurgia, a menos que a pessoa seja casada.

Para a lei australiana, identidade de gênero significa o gênero relacionado com a identidade, aparência ou maneirismos ou outras características relacionadas com o gênero de uma pessoa (seja por meio de intervenção médica ou não), com ou sem relação ao sexo designado no nascimento da pessoa.

Em julho de 2013, entrou em vigor uma norma legal que permitiu a inserção da categoria “intersexo” junto às opções “homem” e “mulher” nos documentos oficiais, de modo que se deu o reconhecimento do direito das pessoas se identificarem na sua comunidade com a identidade sexual que possuem ou escolheram. Esta escolha terá de ser acompanhada por um atestado médico, embora não implique a obrigatoriedade de demonstração que essas pessoas realizaram uma operação para mudar o seu sexo. (Tribunal australiano, 2013).

Em setembro de 2013 veio ao conhecimento do público que, pela primeira vez, um tribunal australiano autorizou dois adolescentes a iniciarem um tratamento hormonal para poderem mudar de sexo, após concluir que a medida contribuiu para o seu bem-estar psicológico. Foi considerado que esses dois adolescentes se deviam submeter a esse tratamento para evitar o trauma psicológico em que vivem por estarem encurralados no gênero errado (Austrália, 2013).

Bolívia

País da América Latina que ainda não tem qualquer legislação específica sobre a identidade de gênero regendo-se pelo disposto no Parágrafo II do Artigo 14 da Constituição Política do Estado que estabelece a proibição e aplicação de sanções a todas as formas de discriminação fundadas em razão de sexo, cor, idade, orientação sexual, identidade de gênero, origem, cultura, nacionalidade, cidadania, idioma, credo religioso, etc. (Legal aspects, 2013).

Todavia, e como se disse, ainda não tem qualquer lei que especificamente regule os trâmites legais para proceder à alteração dos elementos nome e sexo na respetiva certidão de nascimento e respetivos documentos de identificação, existindo de momento

um projeto de lei que entrou no Congresso em abril de 2010 e que está atualmente em discussão.

Brasil

Atualmente, a cirurgia de reatribuição sexual é permitida no Brasil pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) após a publicação da Resolução n.º 1.482/97, sendo realizada exclusivamente em hospitais universitários ou públicos, para fins de pesquisa e a título gratuito (Vieira, 1998; Fernandes, 2010).

Num estudo efetuado por Murta e Arán (2009), onde foram analisados vários serviços de saúde pública brasileiros, concluiu-se que as intervenções médico-cirúrgicas atendem aos critérios estipulados pela Resolução nº 1.652/2002 do mesmo CFM, que determinam o prazo mínimo de dois anos de acompanhamento terapêutico como condição para a realização destas cirurgias, bem como a maioridade e o diagnóstico de transexualismo. Todavia, e devido ao elevado número de candidatos bem como à dificuldade de agendamento das cirurgias, o tempo de espera é bem superior a esses dois anos. Em caso de internamento médico-hospitalar, na maioria das vezes os homens e mulheres transexuais são internados na enfermaria em conformidade ao sexo com o qual se identificam socialmente, a despeito do nome que conste do registro civil, ou numa área específica para esse programa assistencial.

Já o desejo de adequar o nome e o sexo à nova condição e aparência, embate na questão legal do direito concernente à mudança de nome ou à adequação do registro civil. Daí existirem várias posições, umas contra e outras a favor, relativamente a uma lei que permita a adequação do nome e sexo do transexual à sua nova condição e aparência pós-operatória. Muitos foram já os projetos de lei apresentados nesse sentido e posteriormente rejeitados mas a jurisprudência tem desempenhado, a esse respeito, um importante papel contra-maioritário (Fernandes, 2010).

Um exemplo bastante controverso e conhecido foi o caso Roberta Close (de seu nome de nascimento Luís Roberto Gambine Moreira) que, em 1989 realizou a cirurgia de redesignação sexual (nome pelo qual é conhecida a cirurgia de reatribuição sexual no Brasil), na Inglaterra e, após a realização da cirurgia, deu entrada na 8.ª Vara de Família do Tribunal do Rio de Janeiro de uma ação a requerer a retificação do registro civil, tendo obtido sucesso em 1992. Após a leitura da decisão final, a Juíza Conceição Mousnier ressaltou: *“Somente os casos comprovados clinicamente de transexualidade poderão ser objeto de conhecimento pela esfera judicial que decidirá, neste ou naquele sentido, de acordo com a prova dos autos e convencimento formado no caso”* (sic). Contudo, o Minis-

tério Público recorreu da decisão argumentando que existem apenas dois sexos definidos e que Roberta Close nasceu homem, em que pese a intervenção cirúrgica, que foi reformada pelo Supremo Tribunal Federal em 1997, indeferiu o pedido da autora, tudo porque nessa altura a produção doutrinária era ainda vaga bem como os magistrados dispunham de informações fundadas em preconceito e desconhecimento. Mas, em 2001, já dispondo de pareceres e vasta produção doutrinária, bem como diversas resoluções do CFM, a autora obteve sucesso numa nova ação, cabendo a ressalva de que não houve o desrespeito da coisa julgada material por se tratar de jurisdição voluntária e pelos novos fundamentos técnico-doutrinários da ação (Siqueira, 2001).

Diversos transexuais já conseguiram posteriormente e em Tribunal a adequação da documentação, sustentando hoje nome e sexo adaptados à sua realidade.

A última iniciativa legislativa foi a entrada, em fevereiro de 2013, de um Projeto de Lei (Lei João W Nery) que dispõe sobre o direito à identidade de género e onde se pretende alterar o artigo 58 da Lei 6.015 de 1973 (Lei do Registro Civil). Neste projeto de lei são apresentados como requisitos para solicitar a retificação registal de sexo e a mudança de nome e imagem o (I) ser maior de 18 anos, (II) apresentar ao cartório que corresponda uma solicitação escrita, na qual o requerente deverá manifestar que, de acordo com a presente lei, requer a retificação registal da certidão de nascimento e a emissão de uma nova carteira de identidade, conservando o número original, e (III) expressar o(s) novo(s) nome(s) escolhido(s) para que seja(m) inscrito(s). Não serão requisitos para alteração do nome a intervenção cirúrgica de transsexualização total ou parcial, as terapias hormonais, qualquer outro tipo de tratamento ou diagnóstico psicológico ou médico ou mesmo autorização judicial. Este Projeto de Lei encontra-se atualmente em fase de discussão no Senado.

Canadá

A competência em matéria de qualificação jurídica das características sexuais no Canadá pertence às províncias e territórios. Isso inclui a mudança legal da classificação de género, sendo que os requisitos variam de jurisdição para jurisdição.

Por este facto há que atender à prática da província ou território onde a pessoa nasceu.

Assim, se a pessoa nasceu em...

- a) Alberta – o *Vital Statistics Act* (2004, alterado em 2007), na sua Parte 4 (Mudança de sexo), dispõe que, quando a estrutura de sexo anatómico de uma

pessoa for alterada para o sexo oposto ao que aparece no seu registo de nascimento da pessoa, o Conservador, por receção de uma declaração de cada um dos dois médicos atestando que o sexo anatómico da pessoa foi alterado, e provas quanto à identidade da pessoa, conforme prescrito no regulamento, deverá alterar o sexo no registo de nascimento da pessoa e poderá, com o consentimento da outra parte para o casamento, alterar o sexo no registo de casamento subsistindo, se for o caso, o da pessoa que está registada em Alberta. Quanto à mudança de nome dever-se-á regular pelo disposto na Parte 3 segundo a qual, a pessoa ao requerer a mudança de nome deverá no requerimento indicar as razões para tal pedido. A pessoa deverá ter mais de 18 anos de idade ou, se tiver menos, se for casado representar-se-á pelo parceiro adulto senão será representado por um dos pais ou pelo tutor.

- b) Manitoba – segundo o *Vital Statistics Act* (1988, com última alteração em 2013), para que o sexo legal de uma pessoa possa ser alterado, é necessário um requerimento acompanhado de dois atestados médicos: um primeiro de um dos médicos que realizou a cirurgia de mudança de sexo; e um segundo de um dos médicos que ajudou na cirurgia. Ambos os atestados devem confirmar que o sexo do requerente foi alterado através da cirurgia. Os formulários podem ser solicitados à *Vital Statistics Agency*. Os nomes podem ser alterados utilizando o procedimento normal, e não necessitam de mudança de sexo legal (Secções 24 e 25).
- c) Nova Escócia – de acordo com o *Vital Statistics Act* (1989, com última alteração em 2011), quando uma pessoa teve a sua estrutura sexual anatómica alterada para um sexo diferente daquele que aparece na sua certidão de nascimento, o conservador perante dois depoimentos de dois médicos devidamente qualificados, cada um deles confirmando que o sexo anatómico da pessoa mudou, e com prova suficiente para ele e para a identidade da pessoa, deve: se o sexo da pessoa está registado na província, fazer a notação da mudança no seu registo; e, se o sexo da pessoa está registado fora da província, transmitir para a pessoa responsável pelo registo de nascimentos da jurisdição em que a pessoa está registada, enviando uma cópia do comprovativo de mudança de sexo comunicado ao conservador. Todas as certidões de nascimento, casamento ou de união estável emitida após a realização da notação, nos termos deste artigo serão emitidas como se o registo tinha sido feito já com o sexo alterado (Secção 25).
- d) Ontário - a 11 de abril de 2012, o Tribunal dos Direitos Humanos de Ontário decidiu que a cirurgia genital não é obrigatória para reconhecer uma mudança

- na designação de sexo. Na sua decisão, o Tribunal ordenou que o governo de Ontário "deixará de obrigar as pessoas transexuais de efetuar 'cirurgia transexual', a fim de obter uma mudança na designação de sexo no seu registo de nascimento" e tem 180 dias para "rever os critérios para mudança da designação de sexo no registo de nascimento". Isso fez com que Ontário fosse a primeira jurisdição no Canadá, a permitir que as pessoas transexuais alterassem o sexo nas suas certidões de nascimento sem cirurgia de mudança de sexo. De acordo com o Tribunal, agora requer-se apenas um formulário para a Mudança da Designação de Sexo no Registo de Nascimento, uma declaração legal para o efeito, e uma carta assinada por um médico ou psicólogo que esteja autorizado para a prática no Canadá afirmando que a identidade de género do requerente não se conforma com a sua designação de sexo no nascimento. No entanto, o *Vital Statistics Act* (1990, alterado em 2012), na sua secção 36 continua a prever a seguinte tramitação para o processo de alteração da menção de sexo: quando o sexo anatómico de uma pessoa é alterado para um sexo diferente daquele que aparece no registo de nascimento, a pessoa pode requerer ao conservador geral para ver a designação de sexo no registo de nascimento alterada pelo que a designação será consistente com os resultados da cirurgia transexual. Assim o requerimento dever-se-á fazer acompanhar de (a) um certificado assinado por um médico legalmente habilitado para exercer a medicina na jurisdição em que a cirurgia transexual foi realizada ao requerente, atestando que, ele ou ela realizou a cirurgia transexual no requerente, e, como resultado da cirurgia transexual, a designação de sexo do requerente deve ser alterado no seu registo de nascimento; (b) um certificado de um médico que não realizou a cirurgia transexual, mas que é qualificado e licenciado para praticar medicina no Canadá, atestando que ele ou ela examinou o requerente, os resultados do exame comprovam que a cirurgia transexual foi realizada ao requerente, e que, como resultado da cirurgia transexual, a menção do sexo do requerente deve ser alterado no registo de nascimento do requerente; e, (c) existirem evidências satisfatórias ao conservador geral quanto à identidade do requerente.
- e) Saskatchewan – a legislação importante neste tema é o *Vital Statistics Act* (2009, com última alteração em 2013). Aí são exigidos: um atestado médico em como a cirurgia de reatribuição sexual se encontra concluída, emitido por um médico licenciado na jurisdição onde a cirurgia ocorreu (ou, se este não puder ser obtido, poderá ser exigida outra documentação); um certificado assinado por um segundo médico licenciado a atestar que a pessoa foi examinada e que constatou ser do sexo alvo; e "qualquer outra evidência que o conservador pode

exigir” (Secção 31). Com isso, a menção do sexo na certidão de nascimento emitida em Saskatchewan pode ser alterada.

Pode ver-se que a legislação, das províncias e territórios que compõem o Canadá, é diferente em alguns pontos e semelhante noutros, já que nuns é necessário a pessoa já ter concluído a cirurgia de reatribuição de sexo e noutros bastará a decisão do tribunal a obrigar que seja alterada a menção de sexo no registo de nascimento sem que para isso o requerente se tenha submetido a cirurgia alguma.

Chile

Atualmente os transexuais deste país aguardam a aprovação de um projeto de lei que permita a alteração do sexo das pessoas com disforia de género, apresentado perante a Câmara dos Deputados, no dia 30 de abril de 2010 (Boletim n.º 6.913-07).

Neste projeto de lei, são propostos os seguintes objetivos:

- Regular a alteração do nome e a menção relativa ao sexo de uma pessoa no Registo Civil, quando essa descrição não corresponde à sua verdadeira identidade sexual e/ou de género, ou seja, permitir às pessoas a “escolha” do género com que querem ser identificadas perante a lei.
- Com tal regulamentação procura-se desmistificar o procedimento que terá de ser levado a cabo pelos médicos nos estabelecimentos do Sistema de Saúde Pública e Privado, respeitando os casos de reatribuição de sexo, para garantir a saúde integral dos cidadãos entendida como o completo bem-estar físico, psíquico, social e legal. Deste modo, pretende-se um procedimento administrativo que elimine a etapa jurisdicional previsto na lei que autoriza a mudança de nome para estes casos e assim evitar a exposição da pessoa simplificando um procedimento constitutivo de um mero trâmite.

No Chile a alteração de nome faz-se por via jurisdicional pois não existe qualquer mecanismo legal para obter a alteração do sexo na inscrição de nascimento, feita perante o Registo Civil, pelo que a pessoa permanecerá legalmente com o sexo já inscrito na certidão desde o seu nascimento. Assim, mesmo que a pessoa passe 5 anos a ser conhecido com um nome diferente do registado, pode chegar-se a uma situação em que o juiz ou o funcionário do Registo se recusem a registar o novo nome por não ser congruente com o sexo mencionado na certidão de nascimento.

No projecto de lei são propostos os seguintes requisitos para que possa existir alteração quer do nome quer da menção do sexo na certidão de nascimento e demais documentos de identificação (Proyecto de Ley, 2010):

- a) A pessoa ter estado em processo médico de reatribuição sexual durante, pelo menos, 6 meses, para adaptar as suas características físicas às correspondentes ao sexo pretendido. A comprovação do cumprimento deste requisito será efetuada mediante informação de um médico acreditado num centro de assistência;
- b) Demonstrar a adoção contínua, num período não inferior a 2 anos, da identidade social correspondente ao sexo desejado. Este facto será comprovado mediante informação sumária de testemunhas.

Por aqui se vê que, a ser aprovada, o Chile irá ao encontro das directrizes internacionais.

Para além deste projeto de lei, deu entrada na Câmara dos Deputados, no dia 07 de maio de 2013, mais um projeto de lei de identidade de género para que o Estado reconheça a identidade de género das pessoas transexuais, ou seja, para que lhes seja permitido alterar o seu nome e o seu sexo legal na certidão de nascimento e terem, dessa forma, um documento de identidade concordante com a sua identidade de género (Por la Identidad, 2013).

Este projeto de lei é composto por 11 artigos e consagra a Identidade de Género como a vivência interna e individual de género tal como cada pessoa se sente profundamente, a qual poderia corresponder ou não com o sexo designado no momento do nascimento, para além de reconhecer o direito das pessoas, a serem tratadas de acordo com a sua Identidade de Género e, em particular, a serem reconhecidas e identificadas desse modo nos instrumentos públicos que certificam a sua identidade respeitante ao nome a sexo (Por la Identidad, 2013).

China (Hong Kong)

Neste país, mais concretamente em Hong Kong, o que existe são algumas decisões judiciais, dada a inexistência de qualquer diploma legal sobre a identidade de género. A última decisão conhecida e que foi emanada, a 13 de maio de 2013, pelo Tribunal de Última Instância de Hong Kong vai no sentido de reconhecer a uma mulher transexual o direito de se casar com o seu namorado (Legal aspects, 2013).

Coreia do Sul

Os transexuais têm a possibilidade de alterarem a menção de sexo legal, dependendo desse facto da decisão do juiz em cada caso.

Desde a década de 90 do século passado que esta alteração tem sido aprovada na maioria dos casos.

O sistema legal da Coreia não impede o casamento, desde que a pessoa tenha mudado o seu sexo legal.

Em 2006, o Supremo Tribunal da Coreia decidiu que os transexuais têm o direito de alterar os seus documentos legais de molde a refletirem o seu novo sexo. Uma mulher transexual pode ser registada, não só como mulher, mas também como tendo “nascido mulher”.

Enquanto o casamento entre pessoas do mesmo sexo não é aprovado pela lei sul-coreana, uma mulher transexual obtém o estado civil de “feminino” automaticamente quando ela se casa com um homem, mesmo que ela já tenha sido anteriormente “homem” no registo (Legal aspects, 2013).

Já em 2013, um tribunal decidiu que os transexuais podem alterar o seu sexo legal sem se terem submetido às cirurgias genitais.

Estados Unidos da América

De acordo com a 10.^a Emenda da Constituição dos Estados Unidos da América (EUA) é reservado aos Estados todos os poderes não atribuídos ao governo federal e, desse modo, a qualificação jurídica do sexo característico é da competência de cada Estado (Markowitz, 2008).

O princípio é, na generalidade, extensivo ao Distrito de Columbia e a territórios norte-americanos, apesar de o governo federal ter o poder de anular qualquer decisão que essas entidades não-estatais possam fazer. Assim, o sexo legal de um indivíduo transexual (bem como de um transexo ou intersexo) nos EUA, não tem uma única resposta mas sim 56 respostas – uma por cada Estado, outra no Distrito de Columbia e mais cinco nos territórios habitados (Samoa Americana, Guam, Ilhas Marianas do Norte, Porto Rico e Ilhas Virgens dos Estados Unidos).

Vários tribunais têm chegado à conclusão de que as reatribuições de sexo não são reconhecidas para efeitos de casamento, incluindo os tribunais de Illinois, Texas e Nova Iorque. Outros tribunais, inclusive no Kansas e em Nova Jersey, reconheceram as reatribuições.

Quase todos os Estados que compõem os EUA permitem que o nome e o sexo legal possam ser modificados na certidão de nascimento, por meio de alteração dessa certidão existente ou mediante a emissão de uma nova. Apenas os Estados de Idaho, Ohio, Tennessee e Texas se recusam a alterar o sexo, embora no Texas se faça isso mediante ordem judicial.

Assim como outros Estados, no Estado da Califórnia foi assinada e aprovada, no dia 07 de outubro de 2013, a Lei AB1121 que autoriza o conservador a emitir uma certidão de nascimento com o sexo corrigido de uma pessoa transgênero que prove ter sido submetida a um tratamento médico adequado. Os juízes ainda terão de autorizar as mudanças de nome, mas serão capazes de o fazer sem a realização de uma audiência formal. A nova lei também elimina a exigência de notificação legal (Ehrman-Dupre, 2013).

Filipinas

Em 2008, o Supremo Tribunal de Justiça das Filipinas autorizou um transexual de 27 anos a alterar, na sua certidão de nascimento, quer o nome quer o seu sexo legal com a seguinte argumentação:

“Respeitamos a condição congénita do requerente e a sua decisão madura para ser homem. A vida já é difícil para a pessoa comum. Não podemos deixar de respeitar como o requerente lidou com o seu estado invulgar e, assim, ajudar a tornar a sua vida mais fácil, tendo em conta as circunstâncias específicas do caso. Na ausência de uma lei sobre o assunto, o tribunal não vai julgar o requerente no que respeita a um assunto tão intrinsecamente privado como a sexualidade e as preferências de estilo de vida, e muito menos sobre se deve ou não submeter-se a tratamento médico para reverter a tendência masculina devido a condição médica rara, hiperplasia adrenal congénita. Na ausência de provas de que a requerente é uma “incompetente” e na ausência de provas que demonstram que a classificação da requerente como homem irá prejudicar os outros membros da sociedade... o tribunal confirma como válida e justificada a posição do requerente e julga-o como homem. Os registos judiciais mostraram que – aos 6, ele teve pequenos ovários; aos 13, a sua estrutura ovariana foi minimizada e ele não tinha seios nem menstruou. O psiquiatra testemunhou que ‘ele tem os dois órgãos sexuais, o masculino e o feminino, mas era geneticamente mulher, e desde que o seu corpo começou a segregar hormonas masculinas, os seus órgãos femininos não se desenvolveram normalmente’.”

O Instituto Nacional de Saúde das Filipinas disse que “às pessoas com hiperplasia adrenal congênita falta uma enzima necessária para a glândula adrenal produzir as hormonas cortisol e aldosterona.

Todavia, isto aplica-se apenas a casos que envolvam hiperplasia adrenal congênita e outras situações intersexuais. O Supremo Tribunal das Filipinas também decidiu que os cidadãos filipinos não têm o direito de mudar legalmente de sexo nos documentos oficiais (por exemplo, carteira de motorista, passaporte, certidão de nascimento, registos da segurança social, etc.), se eles forem transexuais e já se submeteram à cirurgia de reatribuição sexual. O Tribunal afirmou que se a um homem, agora anatomicamente mulher, fosse permitido mudar legalmente o seu sexo, isto teria “consequências graves e legais abrangentes e de política pública”, citando, em particular, o instituto do casamento (*Call him Jeff*, 2008).

Irão

Um dos pioneiros mundiais nesta matéria da transexualidade, foi no Irão que, em 1967, o Ayatollah Khomeini emitiu uma *fatwa* – édito religioso – autorizando a mudança de sexo. A *fatwa* não teve alcance jurídico ou político significativo até depois da revolução, em 1979. Foi relançada em 1985, declarando a mudança de sexo legal para “transexuais diagnosticados” (Islamweb, 2000).

O governo é apenas uma variável, incluindo a pressão social, familiar, religiosa e legal para que sejam efetuadas as operações de mudança de sexo (Doezema, 2013; Barford, 2008).

Todavia, as consequências da *fatwa* e a legalização da cirurgia de mudança de sexo são impossíveis de quantificar. Um estudo de 2004, conduzido por Parsi, baseado em refugiados com quem ele trabalhou, sugere que aproximadamente 45% das mudanças de sexo no Irão são forçadas ou coagidas, realizadas em homossexuais em vez de o serem em transexuais (Barford, 2008).

Uma vez que um indivíduo transexual tenha sofrido a mudança de sexo, essa pessoa torna-se juridicamente do novo sexo. Todos os documentos legais, tais como certidões de nascimento e passaportes, também são alterados em conformidade (Doezema, 2013).

Japão

A 10 de julho de 2003, o Parlamento Nacional do Japão aprovou por unanimidade uma nova lei que veio permitir aos transexuais alterar o seu sexo legal – é a chamada Lei sobre Casos Especiais de Tratamento de Género para Pessoas com Transtorno de Identidade de Género (Act n.º 111 de 2003).

A lei, em vigor desde 16 de julho de 2004, tem, no entanto, condições controversas que exigem que os candidatos sejam solteiros e sem filhos.

A 28 de julho de 2004, o Tribunal de Família de Naha, na Prefeitura de Okinawa, autorizou uma mulher transexual, com 20 anos, a alterar o seu registo familiar (ou Koseki) como se ela tivesse nascido mulher. Acredita-se que esta tenha sido a primeira decisão judicial favorável após a entrada em vigor da nova lei.

Apesar do facto de a cirurgia de mudança de sexo e a terapia hormonal serem obrigatórias para a mudança de sexo legal, este serviço não é pago pelo seguro nacional de saúde.

Malásia

Não existe qualquer legislação que permita expressamente aos transexuais mudarem legalmente o seu género na Malásia. As leis relevantes são o *Births and Deaths Registration Act* de 1957 e o *National Registration Act* de 1959. Por isso, atualmente os juízes exercem o seu critério da interpretação da lei para definir o género. Contudo, existem decisões contraditórias nesta matéria. E tanto assim é que, por exemplo, num caso em 2003, o Tribunal permitiu que um transexual alterasse o seu sexo legal, concedendo-lhe uma declaração de que ela era uma mulher; num outro caso de 2005, o Tribunal recusou a alteração do sexo legal a um transexual. Relevante é o facto de, em ambos os casos, ter sido aplicado o caso *Corbett vs. Corbett* que versava sobre a definição legal de género (Honey, 2005).

México

A 29 de agosto de 2008, foram aprovadas várias alterações aos Códigos Financeiro, Civil e de Procedimentos Cíveis da Cidade do México que vieram permitir aos transexuais a possibilidade de poderem solicitar uma certidão de nascimento, de acordo com a sua identidade de género (Países com Ley, 2011).

Segundo essas alterações, os transexuais podem solicitar, sem necessidade de cirurgia, uma nova certidão de nascimento “para a reinscrição da concordância de sexo

genérica, depois de anotar na certidão de nascimento original”. Os direitos e obrigações anteriormente adquiridos não se modificam nem extinguem pela nova identidade da pessoa.

A certidão de nascimento original ficará arquivada não se publicando nem emitindo qualquer registo, exceto por ordem judicial ou pedido ministerial.

República da África do Sul

Antes de mais, convirá referir que a Constituição da África do Sul, oficialmente Constituição da República da África do Sul de 1996, na sua “Tabela de Direitos Inderrogáveis” proíbe a discriminação com base no sexo, género e orientação sexual. Para além disto, o Tribunal Constitucional indicou que “orientação sexual” inclui transexualidade.

Em 2003, o Parlamento aprovou, por diploma publicado em 2004, a sua Lei sobre Alteração da Descrição de Sexo e Estatuto de Sexo – ver Anexo III-2.

Esta lei aplica-se a qualquer pessoa cujas características sexuais tenham sido alteradas por tratamento médico ou cirúrgico ou por evolução através do desenvolvimento natural, resultando em reatribuição sexual, ou a qualquer pessoa que seja intersexual podendo dirigir um pedido ao Diretor-Geral do Departamento Nacional de Assuntos Internos com vista à alteração da descrição do seu sexo no seu registo de nascimento. Uma vez alterado o registo de nascimento poderão ser emitidos novo certificado de nascimento e documento de identidade, e serão considerados, para todos os efeitos, como sendo do novo sexo.

A definição específica de reatribuição sexual, nesta Lei, dirige-se a reatribuir o sexo à pessoa através da alteração fisiológica ou outras características sexuais, e inclui qualquer parte de tal processo. Assim, não é exigido à pessoa transgénero que tenha feito a cirurgia genital, com o fim de ver a descrição de sexo alterada.

O pedido deve ser acompanhado dos seguintes documentos:

- Certidão de nascimento do requerente;
- No caso de uma pessoa cujas características sexuais foram alteradas por tratamento médico ou cirúrgico de que tenha resultado a reatribuição sexual, deverá juntar relatórios que afirmem a natureza e os resultados de todos os procedimentos realizados e qualquer tratamento aplicado, elaborado pelos médicos que realizaram os procedimentos e a aplicação desse tipo de tratamento;
- Em todos os casos em que as características sexuais tenham sido alteradas, resultando na reatribuição sexual, deve juntar um relatório, elaborado por um

médico que tenha examinado o requerente a fim de estabelecer as suas características sexuais.

No caso de pessoa intersexual, deverá fazer acompanhar esse pedido com relatórios indicando a natureza e os resultados de todos os procedimentos realizados, se algum foi efetuado. A lei refere que uma pessoa intersexual não está obrigada a ter tido intervenção hormonal, cirúrgica ou médica. O pedido terá ainda de ser acompanhado de relatórios de um médico com a indicação de que a pessoa é intersexual bem como um relatório de um psicólogo qualificado ou assistente social que confirme que o requerente vive e viveu de forma estável e satisfatória, por um período ininterrupto de, pelo menos, dois anos, no papel de género correspondente à descrição de sexo em que ele ou ela pretende ser registado (Ponto 2 da Lei).

República de Singapura

Em 1973 foi legalizada a cirurgia de redesignação sexual. Instituiu-se uma política para permitir que as pessoas transexuais, após o período operatório, pudessem mudar o sexo legal nos seus cartões de identidade (mas não nas suas certidões de nascimento) e outros documentos que emergiam a partir daí. Não havia nenhuma disposição específica nos estatutos, o que permitiu ao Conservador fazer isso, pois existia, provavelmente, apenas ao nível de uma directiva política. No entanto, há mais de 40 anos, que esta estratégia parece funcionar sem problemas (Legal aspects, 2013, Transgender People, 2013).

Recentemente foi reconhecido o direito aos transexuais de casarem com o seu sexo reatribuído.

Uruguai

A 25 de outubro de 2009, foi aprovada a Lei n.º 18.620 sobre o *Direito à Identidade de Género e à Mudança de Nome e de Sexo nos Documentos de Identificação* – ver Anexo III-3.

Segundo este diploma legal, haverá lugar à adequação registal da menção do nome e de sexo sempre que a pessoa certifique (a) que o nome, o sexo – ou ambos – consignados na ata de nascimento do Registo de Estado Civil são discordantes com a sua própria identidade de género e (b) a estabilidade e persistência desta dissonância durante pelo menos dois anos, de acordo com os procedimentos estabelecidos na presente lei.

Em nenhum caso será exigida a cirurgia de redistribuição sexual para a concessão da adequação registal da menção do nome e/ou do sexo que seja dissonante com a identidade de género da pessoa a que aquele documento corresponde.

No entanto, a pessoa deve acompanhar o pedido por um relatório técnico da equipa multidisciplinar e especializada em identidade de género e diversidade que se reunirá para este efeito na Direção Geral do Registo de Estado Civil.

Ainda se terá em especial conta, o testemunho das pessoas que conhecem a forma de vida quotidiana do requerente e o dos profissionais que o atenderam desde o ponto de vista social, mental e físico.

2.4.2. NOS PAÍSES EUROPEUS

O mesmo critério que foi utilizado para os países de fora da Europa será empregue nos países do continente europeu.

Há que ressaltar que atualmente vários são os países europeus que concedem aos transexuais o direito de, pelo menos, alterarem o seu primeiro nome. A maioria fornece também uma via de alteração das certidões de nascimento.

Pode-se afirmar que vários países reconhecem igualmente o direito aos transexuais de casarem após a realização das cirurgias de redistribuição sexual. A título exemplificativo temos países como a França, Alemanha, Itália, Holanda, Polónia, Portugal, Roménia, Dinamarca, Suécia e Reino Unido.

Porém, a situação é diferente em alguns países da Europa de Leste. Por exemplo, países como a República Checa têm leis governamentais sobre a alteração de sexo ou, pelo menos, permitem às pessoas o exercício do direito de alterarem o seu nome em documentos legais (Letónia).

Outros países, como a Lituânia, não têm nem estão a elaborar qualquer legislação nesse sentido.

Perante isto, faz-se agora uma referência mais detalhada à situação legal que os transexuais enfrentam em alguns países europeus.

Alemanha

Desde 10 de outubro de 1980 que a Alemanha (na altura República Federal da Alemanha em contraposição à República Democrática Alemã) tem uma lei que regula a

mudança de nome e de género legal. É a chamada “*Gesetz über die Änderung der Vornamen und die Feststellung der Geschlechtszugehörigkeit in besonderen Fällen – (Transsexuellengesetz – TSG)*” – cujo texto original consta do Anexo II-2.

Na Alemanha, como em muitos países cuja legislação é, pelo menos parcialmente, baseada no Código Napoleónico, o primeiro nome tem que ser específico do género. Qualquer um pode obter apenas a mudança de nome e mais tarde alterar a menção de sexo legal, se possível ou desejada, ou obter ambas as alterações num mesmo processo judicial.

Em ambos os casos, têm de ser apresentados em tribunal dois pareceres especializados, afirmando que (1) o diagnóstico médico de transexualismo está feito, (2) a pessoa sentiu a necessidade de viver “de acordo com os seus desejos” por, pelo menos, três anos, e (3) ser improvável que o “sentimento de pertencer ao outro sexo / género” irá modificar.

A alteração do nome pode ser revogada se a pessoa se casar e, de seguida, for pai ou der à luz uma criança que tenha sido concebida logo após a mudança de nome ter sido validada.

Para a mudança da menção de sexo legal, é ainda requerido que a pessoa seja permanentemente infértil e, se tenha submetido a cirurgia por meio da qual as suas características sexuais exteriores se tenham alterado para uma aproximação significativa à aparência do outro sexo. Todavia, estes últimos requisitos estão suspensos por decisão do Tribunal Constitucional Federal de 11 de janeiro de 2011, entrando em vigor apenas após publicação de nova legislação, o que até à data não aconteceu!

Todavia a legislação, ainda em vigor, tem sido imensamente criticada dada a exposição a que os transexuais são sujeitos com a apresentação em tribunal do requerimento para alteração das menções de nome e sexo legal e de terem de estar dependentes da decisão judicial para o conseguirem.

Espanha

Desde 15 de março de 2007 que, de acordo com a Ley 3/2007, é permitido aos transexuais alterarem o seu nome e sexo legal em todos os documentos e registos públicos, com base num pedido pessoal, independentemente de se ter submetido à cirurgia de reatribuição sexual – ver Anexo II-5.

No entanto, têm de preencher alguns requisitos para que essa alteração seja autorizada (artigo 4). Desde logo, a pessoa terá de provar (a) que lhe foi diagnosticada disforia de género mediante apresentação de atestado de um médico ou psicólogo clínico,

inscritos nos colégios da especialidade espanhóis ou cujos títulos tenham sido reconhecidos ou homologados em Espanha e, (b) que essa disforia foi tratada durante, pelo menos, dois anos para conformar as suas características físicas às correspondentes do sexo desejado e reclamado.

O atestado médico terá de referir (1) a existência de dissonância entre o sexo morfológico ou o género fisiológico inicialmente inscrito e a identidade de género sentida pelo requerente ou sexo psicológico, assim como a estabilidade e a persistência desta dissonância e, (2) a ausência de transtornos de personalidade que possam influir, de forma determinante, na existência da dissonância anterior.

Holanda

Com a Lei de 1 de agosto de 1985, foi permitida a alteração do sexo que foi atribuído ao transexual à nascença, exigindo-se apenas que a pessoa não fosse casada e se revelasse incapaz de procriar. Tal alteração era requerida em tribunal. Com esta alteração o registo civil da pessoa era atualizado e a pessoa teria a possibilidade de obter passaporte e carta de condução com o novo nome e sexo (Lima, 2001).

A última alteração a esta lei foi efetuada a 26 de julho de 2013 tendo a mesma versado sobre os requisitos e o formalismo que o transexual pode utilizar para requerer a alteração de nome e do sexo legal junto do registo civil. Assim, deixou de ser exigida a cirurgia e a esterilização como requisitos para a mudança do sexo legal na certidão de nascimento, bem como o transexual já não terá de requerer essa alteração em tribunal bastando requerer junto do registo civil competente.

Irlanda

Neste país, atualmente, não é possível aos transexuais a alteração da sua certidão de nascimento. É prova disso a decisão que o Supremo Tribunal Irlandês tomou relativamente ao caso da Dra. Lydia Foy.

A Dra. Lydia Foy, uma mulher transexual, deu origem ao primeiro caso legal na Irlanda em busca de uma nova certidão de nascimento e reconhecimento legal do seu género feminino. Ela requereu essa alteração ao registo civil em março de 1993 com o intuito de obter uma nova certidão de nascimento com o seu género feminino. Depois de anos de correspondência inútil, ela iniciou um processo judicial em 1997, tendo-se feito representar pelo Centro de Assessoria Jurídica Gratuita (FLAC).

O Supremo Tribunal decidiu contra ela a 9 de julho de 2002. Ironicamente, dois dias depois, o Tribunal Europeu dos Direitos Humanos (TEDH) considerou que o Reino Unido

tinha violado os direitos de duas mulheres transexuais a quem também tinham sido recusadas as alterações das certidões de nascimento. A legislação no Reino Unido era, à data, semelhante à da Irlanda, mas no Reino Unido rapidamente foi alterada na sequência dos acórdãos do TEDH. A Convenção Europeia dos Direitos do Homem (CEDH) não tinha efeito direto na Irlanda naquele momento, mas foi dado um enorme efeito interno pela mesma em 2003 (Stack, 2013; Tinsley, 2013; Holland, 2013).

A Dra. Lydia Foy, em seguida, iniciou um novo processo baseando-se na CEDH e nos acórdãos recentes de transexuais emanados pelo Tribunal de Estrasburgo e a 19 de outubro de 2007, o Supremo Tribunal proferiu o seu acórdão tendo o juiz considerado que a Dra. Lydia Foy não tinha solução de acordo com o direito irlandês; no entanto, concedeu-lhe uma declaração nos termos da nova lei que o direito irlandês era incompatível com a CEDH por causa da sua incapacidade de prever o reconhecimento das pessoas transexuais. O juiz disse sobre esta questão que "a Irlanda a partir de agora está muito isolada dentro dos Estados membros do Conselho da Europa". Também expressou uma frustração considerável pelo facto de o Governo não ter tomado todas as medidas necessárias para ajudar as pessoas transexuais cinco anos após a decisão de **Goodwin** no Tribunal de Estrasburgo (Stack, 2013). O Governo recorreu da decisão para o Supremo Tribunal mas a opinião pública sobre este tema estava a mudar e no seu "Programa Renovado de Governo ", em outubro de 2009, prometeu " introduzir o reconhecimento legal do género adquirido pelos transexuais" (European Court, 2013).

Em março de 2013, e vinte anos após a entrada do primeiro pedido de uma nova certidão de nascimento, a Dra. Lydia Foy ainda não possuía essa certidão de nascimento com o nome e o sexo adequados à situação real!

Finalmente, a 17 de julho de 2013, foi apresentada uma proposta de lei sobre o reconhecimento legal de pessoas transexuais. Essa legislação tem como objetivo permitir às pessoas transexuais o direito a novas certidões de nascimento onde constará o sexo adquirido bem como lhes irá permitir casar e entrar em parcerias civis (Tinsley, 2013).

Todavia, esses direitos não serão extensíveis aos transexuais que já são casados pois esse reconhecimento legal entraria em conflito com a proibição do Estado relativamente aos casamentos homossexuais.

Segundo o projeto de lei, a pessoa que procura o reconhecimento do seu sexo legal terá de dirigir um pedido ao Departamento de Proteção Social com uma autodeclaração onde declare pretender viver permanentemente no novo género. Também precisará de uma declaração do seu médico que comprove a mudança de sexo.

A Ministra da Proteção Social, Joan Burton, disse que a questão tinha sido " deixada sem solução por muito tempo", referindo-se à decisão do Supremo Tribunal de 2007

onde foi afirmado que a Irlanda não cumpriu as obrigações de direitos humanos ao não reconhecer as pessoas transexuais.

Itália

As cirurgias de mudança de sexo desde há algumas décadas que são legais, dependendo apenas de aprovação médica. No entanto, a identidade de género não faz parte da legislação de anti-discriminação em vigor na Itália.

A 14 de abril de 1982, a Itália tornou-se o terceiro país do mundo a reconhecer o direito de alterar o sexo legal - ver Anexo II-3. Antes da Itália apenas a Suécia (1972) e a Alemanha (1980) tinham reconhecido esse direito (Lima, 2001).

De acordo com a lei italiana sobre o transexualismo, atualizada a 09 de janeiro de 2012, a retificação do sexo legal rege-se pelo direito ordinário de cognição e este ato é notificado ao cônjuge e filhos do requerente.

Todavia, se o tribunal concluir pela necessidade de ajustamento das características sexuais através de tratamento médico-cirúrgico, o mesmo é autorizado através de uma sentença definitiva.

A decisão de retificação do sexo legal não tem efeitos retroativos determinando-se, dessa forma a dissolução do casamento ou a cessação dos efeitos civis decorrentes do casamento religioso.

Ora, em 2005, um casal, de pessoas de sexo diferente, casou-se mas, alguns anos mais tarde, Alessandro – o homem – decidiu fazer a mudança para o sexo feminino. Em 2009, Alessandro tornou-se Alessandra, de acordo com a lei italiana sobre o transexualismo.

Mais tarde, o casal descobriu que o casamento tinha sido dissolvido porque se tinha tornado num casal de pessoas do mesmo sexo, e isto sem eles terem pedido o divórcio num tribunal civil.

A Lei sobre o transexualismo (Lei n.º 164/1982) determina que, quando uma pessoa transexual é casada com outra pessoa do mesmo sexo legal, o casal deve divorciar-se, mas no caso de Alessandra e sua esposa não havia vontade para se divorciarem.

O casal pediu ao Tribunal Civil de Modena para anular a ordem de dissolução do seu casamento e a 27 de outubro de 2010, o tribunal decidiu em favor do casal. No entanto, o Ministério do Interior italiano recorreu da decisão e desta vez o Tribunal de Apelação de Bolonha reverteu a decisão de 1.ª instância. Mais tarde, o casal recorreu da decisão para o Tribunal de Cassação. A 06 de junho de 2013, a Cassação perguntou ao Tribunal Constitucional se a Lei sobre o transexualismo seria inconstitucional quando

ordena a dissolução do casamento, aplicando a Lei de Divórcio (Lei de 1 de dezembro de 1970, n.º 898), mesmo que o casal não peça para isso acontecer. Está prevista uma decisão do Tribunal Constitucional em 2014.

Lituânia

Até agora, não foi dada aos transexuais a possibilidade de alterarem os registos relacionados com o género. Mesmo a capacidade de mudar o nome é limitada: é possível mudar a partir de um nome específico de um género para um nome neutro, mas apenas se as pessoas forem solteiras. Apesar de o direito fundamental de mudança de sexo estar descrito no Código Civil da Lituânia (artigo 2.27), este direito é letra morta pois não existe lei específica sobre a mudança de sexo.

Sob pressão da ONU e da Europa, nomeadamente por uma decisão do TEDH proferida em 2007, o Ministério da Justiça da Lituânia propôs um novo projeto de lei, em 2012, onde se dispõe que, às pessoas que se submeteram a cirurgia de mudança de sexo deveriam ser emitidos novos documentos de identidade, sem necessidade de um processo judicial demorado (European Court, 2013). Contudo, este projeto de lei ainda se encontra em fase de discussão parlamentar pois, simultaneamente, os legisladores querem eliminar as disposições relativas ao apoio financeiro que o Estado fornece às cirurgias de mudança de sexo, objetando incluí-los na nova legislação, o que legitimaria cirurgias "imorais" na Lituânia. Mas essa mudança parece ir contra o espírito das exigências internacionais.

Os defensores dos direitos humanos têm vindo a argumentar que, se essas propostas forem aprovadas e transformadas em lei, a situação das pessoas transexuais poderá tornar-se ainda pior (Hammarberg, 2011).

Pode dizer-se que, perante tais factos, os transexuais enfrentam dois grandes obstáculos na Lituânia. Em primeiro lugar, as cirurgias de mudança de sexo não serem devidamente reconhecidas por lei e, em segundo lugar, se uma pessoa transexual sofrer mudança exterior de sexo, ser-lhe recusada a emissão de novos documentos de identidade. A serem emitidos novos documentos só com recurso a um processo judicial demorado – objetivo que o Ministério da Justiça da Lituânia quer ver resolvido com a proposta de lei que apresentou.

Essa proposta prevê um procedimento que permitirá aos cartórios de registo civil registar a mudança de sexo mediante, tão-somente, a apresentação de uma declaração médica.

Atualmente, o Código Civil prevê que qualquer pessoa solteira e maior de idade tem o direito de mudança de sexo anatómico, se clinicamente for viável, mas continua a não existir uma lei que imponha isso, como sugerido pelo TEDH.

Polónia

Não existe qualquer diploma legislativo sobre a mudança de género, apesar de o direito de mudar o sexo legal ser geralmente reconhecido.

O artigo 189.^o do Código de Processo Civil Polaco permite que um indivíduo peça ao tribunal para determinar os seus direitos e relações legais em muitos contextos, incluindo alterar o registo do sexo legal no registo civil.

Em razão desta disposição os tribunais polacos aprovam frequentemente os pedidos legais para alterar as menções do registo, nome e os restantes documentos públicos. É praticamente necessário que o tribunal deve ser provido com provas médicas da sua transexualidade.

A primeira sentença, marcante nos casos de mudança de sexo, foi proferida pelo Tribunal de Varsóvia, em 1964. O Tribunal argumentou que era possível, em face do processo civil, atuar sobre as menções constantes do registo civil para mudar de sexo após a cirurgia de redesignação genital a que a pessoa se submeteu.

Em 1983, o Supremo Tribunal decidiu que, em alguns casos, quando os atributos de género recém-formado são predominantes, é possível mudar de sexo legal, mesmo antes da cirurgia de redesignação genital (Legal aspects, 2013).

Reino Unido

Historicamente, os transexuais tiveram sempre sucesso em conseguir as alterações às suas certidões de nascimento e a realização de casamentos.

Esta situação foi primeiramente contestada a nível legal na década de 1960, no caso de Ross Alexander, onde o Tribunal de Sessão decidiu que a alteração de certidão era legítima para efeitos de herdar um título, uma decisão posteriormente confirmada pelo Ministro do Interior. No entanto, o caso foi mantido em segredo e num tribunal escocês, não existindo um único caso relatado publicamente num tribunal de Inglês até 1970.

Neste ano, surge o caso de Corbett vs Corbett, onde Arthur Corbett tentou anular o seu casamento com April Ashley, alegando que os transexuais não eram reconhecidos no direito Inglês. Decidiu-se que, para os fins de casamento, um transexual já operado seria considerado como sendo do sexo que tinha no nascimento (European Court, 2013).

Isso estabeleceu o precedente para as décadas seguintes. As pessoas que pensavam ter casamentos válidos acabavam por não os ter e a anterior mudança não oficial de certidões de nascimento foi interrompida.

Mesmo assim, as pessoas transexuais foram capazes de mudar os seus nomes livremente, de ver os seus passaportes e cartas de condução alterados, de ver as suas menções na Segurança Social alteradas, e assim por diante.

Foi introduzida um pouco de legislação para eliminar a discriminação contra as pessoas transexuais no emprego.

Nos anos de 80 e 90 do séc. XX, o grupo de pressão, *Press for Change*, ajudou as pessoas a recorrerem com vários casos para o Tribunal Europeu dos Direitos Humanos (TEDH) sobre esta questão. Em **Rees vs Reino Unido**, de 1986, foi decidido que o Reino Unido não estava a violar quaisquer direitos humanos, mas que deveria manter a situação sob revisão (European Court, 2013).

Em 2002, no caso **Goodwin vs. Reino Unido** foi decidido que os direitos à privacidade e à vida familiar estavam a ser violados (European Court, 2013).

Em resposta, o Parlamento aprovou o *Gender Recognition Act* de 2004, que efetivamente veio a conceder o reconhecimento legal completo para as pessoas transexuais – ver Anexo II-4.

Em contraste com os sistemas legais de outros países, aqui o processo de reconhecimento de género não exige que os candidatos já se tenham submetido à cirurgia de reatribuição sexual. Eles só precisam demonstrar que sofrem de disforia de género, levaram a vida de acordo com o “sexo adquirido” por dois anos e pretendem continuar dessa forma até a morte.

Roménia

A Constituição de 1991 reconhece o princípio da igualdade entre homens e mulheres, mas não toca no assunto da discriminação por questões transexuais nem sobre aspectos relacionados à orientação sexual.

Ao realizar-se uma pesquisa em relação aos conteúdos das leis romenas e regulamentos ficou evidente a escassez de referências até ao próprio termo – transexual – ou termos relacionados.

Historicamente, há relatos na imprensa de cirurgias de mudança de sexo realizadas na Roménia e que, supostamente, podem ser compensados a partir do Fundo Nacional de Saúde se o beneficiário transexual tiver contribuído para esse fundo (Transexualismo na Roménia, s.d.).

No entanto, além da dimensão médica, os direitos das pessoas transexuais na Roménia não estão expressamente previstos em qualquer legislação específica e não há deduções específicas que possam ser feitas em relação à discriminação contra as mulheres transexuais em particular. Os direitos das pessoas transexuais encontram-se protegidos e incluídos nas disposições mais gerais sobre a igualdade previstas na Portaria Governamental n.º 137/2000, de 31 de agosto, sobre a prevenção da discriminação.

Com relação à dimensão administrativa dos direitos das pessoas transexuais, a Portaria Governamental n.º 41/2003, de 30 de janeiro ("Portaria da Mudança de Nome") sobre a obtenção e mudança administrativa dos nomes de indivíduos, prevê que é tido como razão suficiente para mudar de nome, através de um processo administrativo, o facto de a cirurgia de mudança de sexo ter sido autorizada por decisão judicial definitiva e irrevogável e que a respetiva pessoa pretenda ter um nome correspondente ao seu sexo após a operação sendo necessária a apresentação de um atestado médico como prova do género físico com que a pessoa transexual ficou após a cirurgia (Transexualismo na Roménia, s.d.).

Suécia

Data de 21 de abril de 1972 a primeira lei europeia sobre a determinação do sexo e seu reconhecimento legal tendo cabido a iniciativa à Suécia – ver Anexo II-1, na sua versão atualizada.

Originalmente, a responsabilidade pela decisão de conceder a redesignação de sexo a uma pessoa cabia a um conselho nacional que, por sua vez, nomeava uma comissão especial com conhecimentos especializados no âmbito médico e legal para lidar com estas questões.

Antes da decisão ser tomada, o caso era encaminhado para três conselhos de especialistas: um de Psiquiatria, outro de Endocrinologia e outro de Direito. Estes conselhos tinham de lidar ainda com a questão da esterilização e castração.

Se o pedido do paciente fosse aprovado, o conselho nacional instruía o registo paroquial para alterar a menção e autorizava outras entidades para fazerem as alterações necessárias em vários documentos.

Quanto à mudança de nome era geralmente efetuada muito antes da cirurgia ser realizada.

Para tal, a lei estabelecia certas condições para a mudança de sexo:

- Devia ter sido diagnosticada a síndrome de transexualismo;
- Incapacidade para procriar;

- Idade mínima de 18 anos;
- Cidadania sueca e estado civil de solteiro no momento do pedido;
- O pedido devia ser acompanhado por relatórios médicos;
- Antes da esterilização ou castração, deveria existir um período de experiência de, pelo menos, um ano após a mudança de nome, durante o qual a pessoa vivia no seu novo papel de género e permanecia em observação.

As cirurgias aos órgãos sexuais não eram condição para que fosse concedida autorização para a mudança de sexo.

Dada a enorme e crescente controvérsia, existente ao longo dos tempos, no que respeita à exigência de esterilização ou castração, reforçada com uma decisão do Tribunal Administrativo de Recurso de Estocolmo (datada de 19 de dezembro de 2012) que deliberou que a esterilização forçada era inconstitucional e violava a Convenção Europeia dos Direitos do Homem (CEDH) por não respeitar os direitos e liberdades civis garantidos pela Constituição e por ser discriminatória (dirigia-se exclusivamente aos transexuais), o Parlamento sueco aprovou uma lei a 09 de janeiro de 2013, onde proibiu essa prática (Rcpharma, 2013).

2.5. A PROBLEMÁTICA LEGAL DA TRANSEXUALIDADE EM PORTUGAL

2.5.1. ORDENAMENTO JURÍDICO PORTUGUÊS

Até 1995, a Ordem dos Médicos (OM) proibia a intervenção médica para reatribuição de sexo por não considerar lícita ou ética a cirurgia para “*mudança de sexo em pessoas morfológicamente normais*” (art. 55.º do Código Deontológico da OM, vigente até 1995).

Mas foi através de uma resolução do Conselho Nacional Executivo da OM, aprovada a 19 de maio de 1995, e publicada na Revista da OM de junho, que tal visão mudou. Porém, permanecia um complexo procedimento que só aparentemente facilitava a resolução da situação dos transexuais. De acordo com esta resolução:

“1. É proibida a cirurgia para reatribuição de sexo em pessoas morfológicamente normais, salvo nos casos clínicos adequadamente diagnosticados como transexualismo ou disforia de género. (...)

RECOMENDA,

Para salvaguardar o rigor terapêutico e as implicações sociais decorrentes de tal alteração:

- a) Que a viabilização da cirurgia supra mencionada seja precedida para além do diagnóstico subscrito, pelo menos, por dois especialistas em psiquiatria, do parecer obrigatório de uma comissão 'ad hoc' nomeada pela Ordem que inclua as valências que integram o actual Grupo de Trabalho, constituída por profissionais com reconhecida experiência na matéria e que definirá os requisitos mínimos;*
- b) Que o candidato à cirurgia seja maior, civilmente capaz e não casado (...)" (Ilga, 2008; Marques et al., 2012).*

A Comissão nomeada pela OM tinha, pois, como missão emitir parecer obrigatório neste tipo de situações integrando vários especialistas de reconhecida competência em áreas tão diversas como Sexologia, Ginecologia, Endocrinologia, Cirurgia, etc.

Atualmente, a Comissão para Avaliação dos Candidatos à Mudança de Sexo, desde 2012 que se encontra estagnada dado vários dos seus elementos entenderem que com a entrada em vigor da Lei n.º 7/2011, de 15 de março, esta Comissão ter deixado de fazer sentido.

Entretanto, tem-se conhecimento de já se encontrar aprovada uma Competência de Sexologia Clínica na OM e nomeada a respetiva Comissão de Instalação. Deverá ser o Colégio dessa Competência que irá determinar como é que a OM irá agir de futuro nestes casos e, em princípio, os diagnósticos passarão a ser efetuados pelos membros dessa Competência.

Quanto ao tratamento legal que se dá a este tipo de casos convém fazer-se uma distinção entre dois períodos no que concerne ao processo de alteração dos elementos constantes do registo civil, nomeadamente o nome próprio e o sexo.

Assim, abranger-se-á um primeiro período que culminou com a publicação da Lei n.º 7/2011, de 15 de março e um outro que se iniciou após a publicação deste mesmo diploma legal – ver Anexo I.

Este diploma veio permitir a alteração de nome próprio e da menção do sexo no registo civil de cada pessoa a quem tenha sido diagnosticada uma perturbação de identidade de género.

2.5.1.1. ANTES DA VIGÊNCIA DA LEI N.º 7/2011, DE 15 DE MARÇO

Antes de 15 de março de 2011, o processo de alteração dos elementos constantes do registo civil era um processo moroso, por vezes, doloroso e penoso para o cidadão transexual.

Até 1981, o problema do assento de nascimento das pessoas transexuais foi tratado como se se tratasse de um erro nesse assento, só sendo abandonada tal prática depois de o Acórdão do Tribunal da Relação de Évora, de 31/01/1981, ter declarado improcedente uma ação, argumentando que na altura em que o assento se tinha realizado, este estava correcto (Ilga, 2008).

Posteriormente, as ações intentadas pelas pessoas transexuais passaram a ser efetuadas no sentido de solicitar ao Estado o reconhecimento que a pessoa transexual tem um sexo, no momento da interposição da ação, que é o oposto ao constante do seu assento de nascimento e que, portanto, deveria ser feita a alteração deste, de modo a que o nome e o sexo aí constantes passassem a estar de acordo com a sua situação actual (Ilga, 2008).

Pese embora, a existência de Jurisprudência pacífica de um direito comparado com legislação que reconhece o direito à adequação da situação legal e registal do transexual ao sexo a que verdadeiramente pertence e de uma unanimidade na comunidade científica sobre a necessidade de adequar o sexo físico, o sexo legal e social ao seu sexo psicológico, nesta época, o direito a substituir no registo de nascimento, o sexo e o nome não tinha qualquer previsão normativa, mormente, no Código Civil ou no Código de Processo Civil.

Assim, o transexual poderia alcançar tal substituição apenas na sequência de uma ação contra o Estado, em que pedia ao tribunal que proferisse uma declaração onde reconhecesse que aquela pessoa pertencia a sexo diferente do que constava do seu registo civil e, em consequência, deveria ser averbada, no registo de nascimento, uma retificação relativamente ao nome e ao sexo.

Um processo judicial deste tipo não era fácil de se resolver. Desde logo porque deviam estar preenchidos os seguintes pressupostos: a) ser maior de idade; b) não estar em condições de procriar; c) o transexual já estar numa fase de cirurgia de reatribuição sexual e d) em situação de irreversibilidade, ou seja, já teria que ter ultrapassado todo o processo de diagnóstico de transexualidade, bem como ter vivido de acordo com as regras do sexo pretendido, pelo menos durante um ano, estar com hormonoterapia e se

ter submetido às cirurgias com irreversibilidade declarada pelo médico-cirurgião (histerec-tomia no caso de homem transexual e cirurgias genitais no caso de mulher transexual); e e) não ter tido filhos (as).

Na ação competente era requerido ao tribunal que condenasse o Estado a reconhecer que o transexual (ainda na condição de pertencer ao sexo que se encontrava inscrito no seu Assento de Nascimento e com o nome que lhe tinha sido dado à nascença) pertenceria a determinado sexo (contrário ao que constava no seu Assento de Nascimento) e que o seu nome próprio seria X e não Y.

Com ausência de norma legal que regulamentasse esta matéria, teria ainda de requerer que o tribunal reconhecesse a existência de uma lacuna jurídica, com base no Código Civil (art. 10.º) e se substituísse a essa lacuna.

Uma das bases legais utilizadas para fundamentar uma ação deste tipo era a própria Constituição da República Portuguesa (CRP) a qual se baseia na dignidade da pessoa humana e, por isso, reconhece direitos fundamentais, de vocação universal, que se traduzem em direitos de personalidade e constituem direitos subjectivos directamente aplicáveis vinculando entidades públicas e privadas.

Entende-se por direitos fundamentais de personalidade constitucionalmente garantidos, os direitos à integridade moral e física, à identidade pessoal, à intimidade da vida privada e familiar, à constituição de família e ao casamento (cfr. arts. 1.º, 16.º, 17.º, 18.º, 25.º, 26.º e 36.º da CRP). Tais direitos, dado o disposto no art. 18.º, n.º 1 da CRP, são causa direta de direitos e obrigações na esfera jurídica dos cidadãos, que caberá ao juiz conhecer e salvaguardar. Esses direitos impõem a permissão de tratamentos médicos conducentes à alteração do sexo morfológico e, igualmente, que se permita a alteração do assento de nascimento.

O direito à integridade pessoal (art. 25.º da CRP), por exemplo, inclui o direito à protecção da integridade física e psicológica do cidadão, de onde decorre estar vedado ao Estado interditar àquele a utilização dos meios necessários àquela protecção. O transexual era – e ainda o é – vítima de considerável sofrimento decorrente da incongruência entre o seu ser formal e a sua identidade real, para além de associado ao preconceito social que o transforma num tipo de “*avis rara*”, o que conduzia frequentemente a atos extremos de auto mutilação e de suicídio. A única forma de minimizar tal sofrimento seria, como será, permitir-lhe a readaptação corporal e a aquisição de uma “nova identidade”, juridicamente relevante.

O direito à identidade pessoal (art. 26.º da CRP), enquanto faculdade que a cada um é reconhecida de afirmar, no trato social, as características essenciais da sua personalidade, onde se incluem os aspectos atinentes à sexualidade da pessoa, sendo a identidade sexual uma sub-espécie da sua identidade pessoal. O que aqui releva é a sua dimensão psico-social pois é esta que pertence à identidade pessoal e que determina a forma como cada indivíduo se relaciona com os demais.

Por outro lado, há ainda a considerar a exigência de um direito à saúde (art. 64.º da CRP) pois o transexual não se submete ao longo e penoso processo de reatribuição sexual por puro prazer ou mero capricho.

Outra das bases legais era a legislação europeia e internacional como, por exemplo, a Declaração Universal dos Direitos do Homem (nomeadamente, os seus arts. 6.º, 12.º, 16.º e 29.º, n.º 1); a Convenção Europeia dos Direitos do Homem (arts. 8.º e 12.º); e, ainda, o Pacto Internacional sobre os Direitos Civis e Políticos (arts. 16.º e 23.º).

Os transexuais viam-se, desta forma, obrigados a recorrer aos tribunais para poder mudar o registo do sexo e nome, sujeitando-se à decisão discricionária de um juiz, dada a existência de uma lacuna legal e normativa que permitia ser este a decidir conforme o faria se estivesse a legislar sobre a matéria (Ilga, 2008). Com tal situação corria-se o risco de tratamentos desiguais para casos idênticos, introduzindo-se uma fasquia de subjetividade não desejável.

Também a duração do processo judicial, que podia ser superior à do próprio processo clínico, contribuía para a insegurança da condição dos transexuais, minando a sua integração social, e contribuindo também para situações de exclusão laboral de pessoas que tinham todas as condições para serem produtivas (Ilga, 2008).

Os critérios geralmente utilizados para se aceder à mudança do registo também eram extremamente problemáticos, uma vez que se exigia que a pessoa requerente nunca tivesse sido casada, não tivesse filhos (as), tivesse realizado a cirurgia genital e fosse irreversivelmente estéril (Ilga, 2008).

Verificava-se que, por vezes, os meios de prova exigidos eram excessivos ou redundantes, como era o caso de, após o requerente ter provado através de relatórios de entidades oficialmente acreditadas que já havia efetuado a cirurgia genital ou que já era irreversivelmente estéril, o tribunal ainda requerer uma perícia nos Institutos de Medicina Legal para provar exatamente o mesmo. O que para o transexual era uma situação completamente vexatória e atentatória do direito à reserva da sua vida privada. Ou então,

como já efetivamente sucedeu, assistir-se à situação em que, após juntar os relatórios supra mencionados, ainda vir um terceiro a colocá-los em causa pelo facto de entender que o Estado não sabe nem tem que saber que os médicos subscritores dos mesmos trabalhavam naquelas entidades de saúde públicas.

Outra situação que se verificava algumas vezes era a confusão de juízes e/ou Ministério Público entre identidade de género e orientação sexual, existindo alguma resistência a estes casos.

Felizmente, para a maioria dos transexuais, as decisões judiciais, após análise detalhada sobre a matéria, iam no sentido de se concluir da seguinte forma, a título exemplificativo:

“Por força dessas intervenções e tratamentos, o processo de reatribuição de sexo ficou concluído, sendo irreversível, apresentando hoje a Autora o aspecto físico exterior próprio de um indivíduo do sexo masculino.

Conclui-se, assim, estarem verificados os pressupostos para que seja judicialmente reconhecida a mudança do sexo feminino constante do registo de nascimento para o sexo masculino.

Cumpre apenas, por fim, assinalar o seguinte: o pedido no sentido de que se proceda à alteração da documentação oficial da Autora, adaptando-a aos seus novos nome e género sexual, não oferece verdadeira autonomia, constituindo uma decorrência do pedido de alteração do registo de nascimento, e cuja concretização a Autora obterá a partir desta alteração.”
(extrato de uma decisão final de um processo que correu termos no Tribunal Judicial de Vila Nova de Gaia, datada de 2007).

Com este tipo de decisões judiciais, a pessoa transexual conseguiria obter a sua pretensão final que ia no sentido de adequar as inscrições constantes do seu assento de nascimento (nome e sexo, mais concretamente) à realidade fática.

Não se pode deixar de referir que, neste processo todo, passavam vários anos entre o início do processo psicológico e o trânsito em julgado do processo judicial em que a pessoa transexual normalmente (e infelizmente) estava numa situação social e laboral precária, com todas as consequências que isso acarretava.

2.5.1.2. APÓS A ENTRADA EM VIGOR DA LEI N.º 7/2011, DE 15 DE MARÇO

A partir de 15 de março de 2011, o efeito que se procurava obter através de decisão judicial resulta diretamente da própria lei.

O processo de mudança de sexo e do nome próprio no Registo Civil passou a ser o mais simplificado e rápido em todo o mundo (e àquela data).

Com base no texto legal publicado, a ação judicial interposta contra o Estado deixou de existir para estes casos e as conservatórias passaram a contar com um prazo de oito dias (úteis) para realizar as alterações solicitadas pelo cidadão transexual.

Assim, a mudança do assento de nascimento passou a ser requerida em qualquer Conservatória do Registo Civil devendo o pedido ser instruído com os seguintes documentos:

- Requerimento de alteração de sexo com indicação do número de identificação civil e do nome próprio pelo qual o requerente pretende vir a ser identificado, podendo, desde logo, ser solicitada a realização de novo assento de nascimento;
- Relatório que comprove o diagnóstico de perturbação de identidade de género elaborado por equipa clínica multidisciplinar de sexologia clínica em estabelecimento de saúde público ou privado, nacional ou estrangeiro.



Independentemente das cirurgias!

Uma vez feito o diagnóstico, a adequação dos documentos à pessoa, sexo e nome, que chegava a demorar 2 anos ou mais, demora agora, ao abrigo desta lei, alguns dias, permitindo-se dessa forma que estas pessoas possam iniciar uma vida normal muito mais rapidamente e assim se libertem de grande sofrimento e exclusão social.

Foi objetivo desta lei desjudicializar a mudança no registo civil do sexo e do nome mas os funcionários das conservatórias tiveram de se adaptar a uma nova realidade com a qual se confrontavam apenas após uma decisão judicial transitada em julgado.

Desde logo, houve necessidade de explicitar e concretizar o conceito de “relatório médico” já que, nos primeiros meses, foi tal a variedade de conteúdo dos documentos que foram sendo apresentados que essa dúvida surgiu e a mesma teria de ser uniformizada.

Por outro lado, alguns dos requerimentos foram sendo apresentados nos consulados de Portugal no estrangeiro, interessando definir a competência dessas entidades para o procedimento em causa.

Assim, foi deliberado pelo Conselho Técnico do Instituto dos Registos e do Notariado (IRN) (CC 29/2011 SJC CT, de 04 de julho de 2011) que:

- A decisão neste procedimento compete ao conservador do registo civil;
- O pedido pode ser enviado pelos CTT ou entregue pessoalmente, e instruído com requerimento escrito, contendo os elementos legalmente previstos, devidamente assinado, e com relatório que comprove o diagnóstico de PIG (artigo 3.º, n.º 1, als. a) e b) da Lei n.º 7/2011);
- O pedido em consulado de Portugal no estrangeiro, efetuado nos termos anteriores, deve ser remetido a qualquer conservatória do registo civil do território nacional para que nela possa ser decidido, ou seja, os consulados têm apenas competência para rececionar os pedidos de início do procedimento;
- Para o relatório clínico elaborado por equipa multidisciplinar, subscrito por médico e psicólogo, segue o modelo acordado entre a OM e as equipas multidisciplinares de sexologia clínica existentes em Portugal, no setor público e privado, constantes de lista apresentada pela OM e que se passa a reproduzir (Deliberação. Procedimento, 2011):

RELATÓRIO CLÍNICO

Ao abrigo da alínea b) do n.º 1 do artigo 3º da Lei n.º 7/2011, de 15 de março, atestamos que XXXXXXXXXXXXXXXX, portador/a do BI nº XXXXX, tem o diagnóstico de Perturbação de Identidade de Género (Transexualidade), não sofre de anomalia psíquica e tem sido regularmente seguido/a em Consulta por Equipe Multidisciplinar de Sexologia Clínica.

Por ser verdade, aplica-se o disposto no artigo 2º da supracitada Lei para efeitos de mudança de sexo e de nome próprio no Registo Civil.

Lisboa, XX de XXXXX de 2011

XXXXXXXXXXXXXXXXXX

Médico/a

(Especialidade)

(Formação em Sexologia Clínica)

E-mail:

XXXXXXXXXXXXXXXXXX

Médico/a

(Especialidade)

(Formação em Sexologia Clínica)

E-mail:

INSTITUIÇÃO (PÚBLICA OU PRIVADA)

Morada

Tel:

(site)

- Relativamente ao relatório elaborado por entidade estrangeira para a mesma finalidade, este deve obedecer ao formalismo da Lei n.º 7/2011, isto é, deverá ser subscrito, pelo menos, por um médico e um psicólogo de equipa clínica multidisciplinar de sexologia clínica em estabelecimento de saúde público ou privado, e reconhecido como tal no país de origem (Deliberação. Mudança de sexo, 2011).

Por fim, o procedimento tem um custo emolumentar inerente, de acordo com o Regulamento Emolumentar dos Registos e Notariado, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 322-A/2001, de 14 de dezembro, com as alterações subsequentes.

2.6. A IMPORTÂNCIA DA MEDICINA LEGAL NOS CASOS DE TRANSEXUALIDADE

Como acontece em qualquer situação na vida, tudo tem um risco e a transexualidade não é exceção.

Desde logo, porque, e já na fase das cirurgias haverá sempre o risco inerente às várias anestésias gerais a que cada paciente é sujeito bem como riscos derivados das cirurgias que, caso surjam, poderão conduzir à necessidade de intervenção dos serviços de Medicina Legal – Clínica Forense (se o paciente estiver vivo) ou Patologia Forense (se o paciente morrer).

Cumpram aflorar os riscos das anestésias mas não sem antes se definir anestesia. Ora, a anestesia é uma técnica que, em geral, promove um estado farmacologicamente induzido de amnésia, analgesia, perda de responsividade, perda de reflexos musculares esqueléticos e diminuída resposta a *stress* (Pinheiro, 2010).

Existem três tipos essenciais de anestesia. São eles a anestesia geral, a anestesia regional e a local (Regêncio, 2009).

A anestesia geral é a situação em que o paciente permanece inconsciente durante todo o procedimento e processa-se em três fases: indução, manutenção e recobro. Envolve a administração de fármacos capazes de provocar a inconsciência e analgesia, via inalatória (através dos pulmões) e via endovenosa (pelas veias). Esta última normalmente é utilizada na fase da manutenção e a primeira na fase da indução.

A anestesia regional consiste na administração de um anestésico local num ramo nervoso, insensibilizando a região do corpo que esse nervo é responsável por inervar,

com o paciente acordado ou ligeiramente adormecido, mas facilmente despertável ao chamamento (p. ex., anestesia epidural).

Por último, a anestesia local consiste na administração de um anestésico local injetado na pele e tecidos moles circundantes à zona que se pretende operar, sendo restrita a área que permanece entorpecida.

Todavia é errada a ideia de que é a anestesia, principalmente a geral, que traz complicações aos pacientes intervencionados pois complicações exclusivas da anestesia geral são raras, principalmente em pacientes saudáveis (Anestesia Geral, 2013).

Na maioria dos casos, as complicações derivam de doenças graves que os pacientes já possuíam (v.g., doenças cardíacas, renais, hepáticas, etc.) ou, ainda, por complicações da própria cirurgia (v.g., hemorragias ou lesão / falência de órgãos vitais) (Regêncio, 2009; Pinheiro, 2010).

Existem, contudo, complicações *minor* (de menor importância) ou *major* (que podem colocar em risco a vida do paciente) (Pinheiro, 2010).

Os problemas mais comuns prendem-se com náuseas e vômitos pós-operatórios (podem resultar da anestesia ou da cirurgia); dores de garganta (ligadas com o tubo utilizado na anestesia geral); dores de costas (pela técnica anestésica ou posição durante o procedimento); cefaleias por anestesia regional, stress ou jejum prolongado (Pinheiro, 2010).

Raramente ocorrem problemas cardíacos e respiratórios, lesões nervosas (pela técnica anestésica, posição durante o procedimento), acordar intra-operatório, lesões dentárias (por instrumentos cirúrgicos ou anestésicos, reações anafiláticas aos fármacos anestésicos (alergias) (Pinheiro, 2010).

Como é óbvio, a colaboração do paciente, em qualquer fase do procedimento, é essencial para que estas complicações sejam minimizadas ao máximo (Pinheiro, 2010).

Como se disse anteriormente, há igualmente riscos inerentes às cirurgias e alguns deles pela má escolha das técnicas a utilizar no paciente ou no caso em concreto. O que pode originar danos estéticos tais que o paciente não aguente psicologicamente os mesmos.

Veja-se o caso bem recente do transexual belga que, no passado dia 30 de setembro, morreu com recurso à eutanásia. Solicitou-a porque segundo palavras do próprio na entrevista que deu horas antes de morrer ao jornal belga *Het Laatste Nieuws* (Waterfield, 2013):

"I was ready to celebrate my new birth... But when I looked in the mirror, I was disgusted with myself. My new breasts did not match my expectations and my new penis had symptoms of rejection. I do not want to be... a monster. "

Como exemplos de cirurgias de reatribuição de sexo que causam danos estéticos de onde pode advir um sofrimento psicológico tal que poderá culminar em situações semelhantes à deste caso concreto, vejam-se as Figuras 17 a 19:



Figura 17: Lesão após uma mastectomia
(Fonte: joaodecioferreira.com)



Figura 18: Sequela de uma faloplastia 1
(Fonte: joaodecioferreira.com)



Figura 19: Sequela de uma faloplastia 2
(Fonte: joaodecioferreira.com)

Estes são casos em que haverá a necessidade de intervenção da Medicina Legal, caso seja requerida pelo paciente ou por alguma seguradora onde este tenha seguro que se aplique a essas situações.

A intervenção da Medicina Legal, mais especificamente, dos serviços de Clínica Forense prende-se à avaliação, através de perícias, de todos os danos corporais existentes e efetuar-se-á o respetivo nexo de causalidade com estas cirurgias, sendo calculadas as incapacidades nos termos previstos na Tabela Indicativa para Avaliação da Incapacidade em Direito Civil, aprovada e anexa ao Decreto-Lei n.º 352/2007, de 23 de outubro.

III. METODOLOGIA

3.1. METODOLOGIA

Etimologicamente, o termo metodologia vem da conjugação de três vocábulos gregos: *metà* (“para além de”), *odòs* (“caminho”), e *logos* (“discurso”, “estudo”). O conceito alude aos vários métodos de investigação que permitem obter certos objetivos.

Metodologia é, pois, o conjunto dos métodos e das técnicas que guiam a elaboração do processo de investigação científica. É, igualmente, uma secção de um relatório de investigação que descreve os métodos e as técnicas utilizadas no quadro dessa investigação (Fortin, 2009).

Método, na sua definição etimológica, provém do termo grego *methodos* (“caminho” ou “via”) referindo-se ao meio utilizado para chegar a um fim. O seu significado original aponta para o caminho que conduz a algures.

Entende-se, pois, que a metodologia é uma etapa específica que procede de uma posição teórica e epistemológica, para a seleção de técnicas concretas de investigação, dependendo dos postulados que o investigador acredita serem válidos, já que a ação metodológica será a sua ferramenta para analisar a realidade estudada.

Apresenta-se, desta forma, neste capítulo, a metodologia de investigação entendida como operacionalização do método através de procedimentos e de técnicas utilizados para obtenção dos objetivos traçados inicialmente para o estudo.

3.1.1. OBJETIVOS

Os objetivos indicam o fim para o qual se orienta a investigação, ou seja, a meta que se pretende atingir com a elaboração da pesquisa. São eles que indicam o que um investigador realmente deseja fazer.

A definição dos objetivos ajuda em muito quanto aos aspetos metodológicos da pesquisa.

Podemos distinguir dois tipos de objetivos em um trabalho científico: os objetivos *gerais* e os objetivos *específicos*.

3.1.1.1. OBJETIVO GERAL

Os objetivos gerais são as contribuições que se desejam oferecer com a execução da pesquisa. Em geral, o primeiro e maior objetivo é o de obter uma resposta satisfatória ao problema de pesquisa concreto (Fortin, 2009).

Foi objetivo geral deste estudo dar a conhecer o processo evolutivo da transexualidade no nosso país por ser um tema que tem vindo a ser debatido, nos últimos anos, entre psiquiatras, cirurgiões, políticos, juristas, e até sociedade em geral.

3.1.1.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Para se cumprirem os objetivos gerais é necessário, no entanto, delimitar metas mais específicas dentro do trabalho. São estas metas mais específicas que, somadas, conduzirão ao desfecho do objetivo geral.

Segundo Fortin (2009), para que isso seja conseguido, os objetivos devem especificar as variáveis-chave, a população alvo e a orientação da investigação.

Tendo em conta o objeto de estudo, foram delineados os seguintes objetivos:

- conhecer o número total de casos de transexualidade submetidos a cirurgia, em Portugal, desde 2005, no SNS;
- conhecer o número total de transexuais que obtiveram a alteração das menções de sexo e de nome próprio nos seus assentos de nascimento após a entrada em vigor da Lei n.º 7/2011, de 15 de março;
- comparar a prevalência de casos de transexualidade em razão do género.

3.1.2. QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO

Segundo Fortin (2009), as questões de investigação são as premissas sobre as quais vão incidir os resultados de investigação. A questão de investigação é, assim, entendida como um enunciado interrogativo, escrito no presente que inclui habitualmente uma ou duas variáveis, assim como a população estudada.

Para delimitar a direção que será dada a esta investigação, e de acordo com o problema em estudo, foram elaboradas as seguintes questões de investigação:

- Entre junho de 2005 e 28 de fevereiro de 2011 quantas pessoas efetuaram as cirurgias de reatribuição sexual, com recurso ao SNS, mais concretamente no único estabelecimento de saúde público de Portugal que as realizava – Hospital de Santa Maria, em Lisboa?
- Entre junho de 2005 e 28 de fevereiro de 2011 quantas mulheres passaram a homens?

- Entre junho de 2005 e 28 de fevereiro de 2011 quantos homens passaram a mulheres?
- Entre 01 de março de 2011 e 30 de setembro de 2013 quantas cirurgias de reatribuição sexual, com recurso ao SNS, foram realizadas – mais concretamente no único estabelecimento de saúde público que continuou o trabalho efetuado no Hospital de Santa Maria – o Hospital de Jesus?
- Entre março de 2011 e 30 de setembro de 2013 quantas mulheres completaram a mudança para o género masculino?
- Entre março de 2011 e 30 de setembro de 2013 quantos homens completaram o processo de mudança de género?
- Desde 15 de março de 2011 até 28 de Fevereiro de 2012, quantos processos de mudança de nome e sexo foram concluídos com sucesso no IRN?
- Quantos processos de mudança de nome e sexo concluídos foram de Feminino para Masculino?
- Quantos processos de mudança de nome e sexo concluídos foram de Masculino para Feminino?

3.1.3.OPÇÕES METODOLÓGICAS

Como refere Coutinho (2006), "falar da investigação num dado domínio científico é como que ver refletido num espelho aquilo que, num dado momento, preocupa, interessa e intriga os investigadores nessa área ou domínio do conhecimento; nesse sentido, é também uma forma de procurar justificação para as opções feitas em termos de temáticas, referenciais teóricos e paradigmáticos, todo um conjunto de fatores (valores, aceções e tendências) a que se costuma chamar de 'paradigma de investigação' (Kuhn, 1970). A cada paradigma corresponde uma forma de entender a realidade e de encarar os problemas educativos e a evolução processa-se quando surgem novas formas de equacionar as questões impulsionando a que os paradigmas fluam, entrem em conflito na busca de novas soluções para os problemas do ensino e da aprendizagem."

O paradigma quantitativo interessa-se por essencialmente controlar e por prever os fenómenos, o qualitativo interessa-se por compreender e o crítico por intervir na situação ou contexto. Por exemplo, se o interesse é explicar a realidade transexual para desenvolver teorias explicativas deve optar-se por uma abordagem quantitativa ao problema em questão; se o objetivo é compreender os fenómenos transexuais pela busca de significações pessoais e de interações entre pessoas e contextos, então deve optar-se por uma abordagem qualitativa ao problema em questão. Se para além de compreender, o inte-

resse é intervir no contexto com vista a modificar situações, deve fazer-se uma abordagem inspirada no paradigma crítico (Coutinho, 2006).

E, assim, seguindo esta linha de pensamento, este estudo orienta-se segundo um modelo misto (qualitativo, quantitativo e crítico), dentro do tipo exploratório-descritivo. A utilização de diversas metodologias reflete a necessidade de procurar uma compreensão adequada do fenómeno estudado, aumentando, dessa forma, a fiabilidade dos resultados.

Ao lado das investigações quantitativas, a investigação qualitativa permite compreender o fenómeno da transexualidade segundo a perspectiva dos sujeitos. Por isso, o seu desenho é flexível e determinado pelo objeto de estudo, verificando-se uma relação entre a realidade objetiva e a subjetividade dos sujeitos.

O enfoque quantitativo permite a mensuração de dados relevantes sobre aspetos práticos da transexualidade bem como uma análise dos efeitos da nova legislação. A metodologia quantitativa “permite descrever, verificar relações entre variáveis e examinar as mudanças operadas na variável dependente após a manipulação da variável independente” (Fortin, 2009). O método de investigação quantitativa é um processo sistemático de recolha de dados observáveis e quantificáveis, sendo característica major a sua objetividade e generalização. Desta forma contribui para o desenvolvimento e para a validação dos conhecimentos, permitindo a possibilidade de se generalizar os resultados e de controlar os acontecimentos.

Trata-se de um estudo exploratório-descritivo, onde se recorre à descrição rigorosa e direta dos dados recolhidos respeitando-se a forma como foram registados ou transcritos, na tentativa de se conhecer e interpretar a realidade sem nela se interferir.

3.1.4.DELIMITAÇÃO DO ESTUDO

Tendo-se definido as questões orientadoras e o tipo de investigação, chegou a altura de escolher os participantes no estudo.

Por contingências de disponibilidade humana e de tempo para a pesquisa escolheram-se como unidades de observação o Hospital de Santa Maria para o período que medeia entre junho de 2005 e fevereiro de 2011 e o Hospital de Jesus para o período subsequente até setembro de 2013.

3.1.5. SELECÇÃO DE SUJEITOS

Para a amostra contactou-se com o médico-cirurgião, responsável pelas cirurgias de reatribuição sexual em ambas as unidades de saúde pois ninguém melhor do que este para fornecer os dados concretos e corretos sobre as cirurgias até hoje realizadas.

Utilizou-se, portanto, o método de amostragem por seleção racional que se caracteriza por ser uma técnica que tem por base o julgamento do investigador para constituir uma amostra de sujeitos em função do seu carácter típico, como no presente estudo (Fortin, 2009).

Este método permite uma melhor compreensão do fenómeno da transexualidade em Portugal.

3.1.6. MÉTODO DE RECOLHA DE DADOS

Como a investigação pode incidir sobre uma variedade de fenómenos, requer o acesso a diversos métodos de recolha de dados. A natureza do problema de investigação determina o tipo de método de colheita de dados a utilizar (Fortin, 2009).

Para a prossecução dos objetivos deste estudo optou-se pela utilização de um questionário, o que veio aumentar a eficácia, a validade e a fiabilidade dos resultados. É um instrumento de medida que traduz os objetivos de um estudo com variáveis mensuráveis. Ajuda a organizar, a normalizar e a controlar os dados, de tal forma que as informações procuradas possam ser recolhidas de uma maneira rigorosa.

Tendo sido um estudo com recurso apenas a um sujeito que tinha o acesso e o conhecimento mais direto e concreto dos dados pretendidos, bem como pelo facto de ser o único cirurgião no país que continua a ter uma equipa de cirurgia especializada neste tipo de casos, elaborou-se um questionário pessoal intitulado “Questionário sobre Cirurgias de Reatribuição Sexual” – ver Anexo V. Este questionário foi dividido em duas partes: uma onde se colheram os dados de caracterização profissional (dados de identificação); outra onde se avalia a experiência profissional especializada na área das cirurgias de reatribuição sexual. Foram apresentadas 15 questões no total, tendo o profissional quer questões de resposta fechada onde apenas tinha de colocar números, quer questões de resposta aberta podendo discriminar o tipo de cirurgia em causa quando fossem mais do que as indicadas previamente, quantificando o número de intervenções que efetuou em cada uma. Este questionário foi enviado por correio eletrónico e as respostas enviadas pelo mesmo meio.

Este questionário foi aplicado no período compreendido entre junho de 2013 e setembro de 2013.

3.1.7. VARIÁVEIS DOS DADOS

O termo “variável” é o termo privilegiado no contexto das aplicações da medida.

As variáveis são qualidades, propriedades ou características de objetos, de pessoas ou de situações que são estudadas em uma investigação (Fortin, 2009). Chama-se variável a todo o atributo, dimensão ou conceito suscetível de assumir várias modalidades. Quando um conceito apenas tem um único atributo ou indicador, a variável identifica-se com o atributo. Quando um conceito é composto por várias dimensões e atributos, a variável é o resultado da agregação das dimensões e dos atributos (Quivy, 2013).

Neste sentido, e para que o presente estudo se tornasse mais compreensivo, surgiu a necessidade de se definirem variáveis que possibilitassem selecionar os dados a colher através do questionário.

Considerou-se como variável independente:

- o recurso às cirurgias de reatribuição sexual

Considerou-se como variável atributo:

- sexo / género

3.1.8. TRATAMENTO DA INFORMAÇÃO

Para o tratamento da informação recolhida através do questionário utilizam-se técnicas estatísticas descritivas (frequências absolutas, percentuais e médias) (Fortin, 2009).

A apresentação dos resultados será feita por meio de gráficos e de tabelas, acenando-se os dados mais relevantes, obedecendo à ordem porque foi aplicado o instrumento de recolha de dados.

IV. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

4.1. ANÁLISE DOS SUJEITOS DA AMOSTRA

Neste capítulo apresentam-se, de modo descritivo e analítico, os resultados obtidos, de forma a expor e a descrever o grupo em estudo e os resultados das suas decisões pessoais.

Em primeiro lugar faz-se uma análise do grupo estudado de forma a permitir a sua caracterização geral para, de seguida, se proceder à análise e à discussão dos resultados obtidos.

4.2. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A análise refere-se ao tratamento, interpretação e apresentação dos dados resultantes da aplicação do instrumento de pesquisa dirigido à sociedade em geral e à comunidade científica, em particular, para se ter dados concretos sobre o fenómeno da transexualidade em Portugal.

Assim, começa-se pela comparação do número de operações efetuadas nos casos de **Feminino para Masculino**, nos dois períodos de estudo – ver Tabela 8.

Unidade de Saúde Tipo de cirurgia	Hospital de Santa Maria (de 2005 a 2011)	Hospital de Jesus (de 2011 a 2013)
Mastectomia	14	18
Histerectomia	s.d.*	4
Metoidoplastia	17	8
Colocação de prótese peniana – faloplastia	1	1
Colocação de próteses testiculares	7	2
Faloplastia	18	7

**Tabela 8 – Número de Operações efetuadas de Feminino para Masculino
(de junho de 2005 a 30 de setembro de 2013)**

* Estas cirurgias eram efetuadas pelo serviço de Ginecologia do Hospital de Santa Maria, não havendo qualquer distinção entre o fim para que foram realizadas.

Na Figura 20 vê-se a distribuição em cada período temporal da cirurgia que se escolheu como referência, dado a faloplastia ser a cirurgia em que culmina todo o processo de reatribuição sexual.

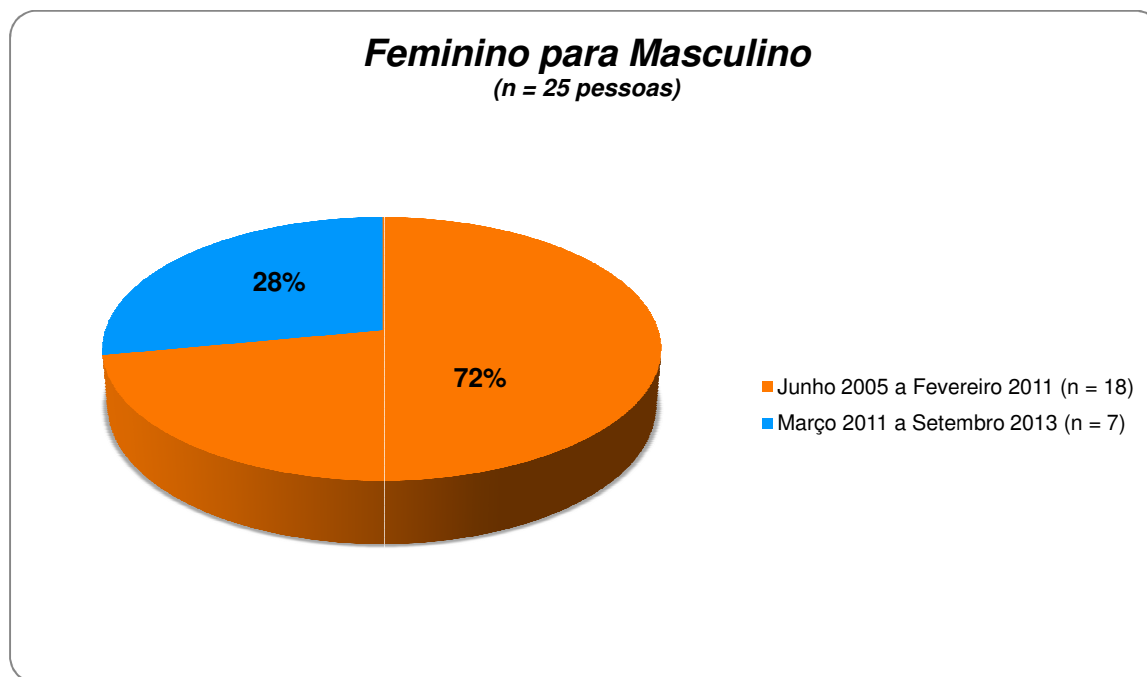


Figura 20: Distribuição das faloplastias

Quanto aos casos de mudança de sexo do **Masculino para o Feminino** temos os seguintes números absolutos – Tabela 9:

Unidade de Saúde Tipo de cirurgia	Hospital de Santa Maria (de 2005 a 2011)	Hospital de Jesus (de 2011 a 2013)
Cirurgias Genitais	7	4
Aumento Mamário (colocação de próteses)	2	3
Feminização Facial (Rinoplastia)	2	2
Feminização da cartilagem tiróide (Maçã de Adão)	1	1
Outras feminizações do contorno corporal	1	1

Tabela 9 – Número de Operações efetuadas de Masculino para Feminino (de junho de 2005 a setembro de 2013)

Na Figura 21 vê-se a distribuição em cada período temporal do valor referência das cirurgias genitais dado serem estas cirurgias que tornam todo o processo de reatribuição sexual irreversível.

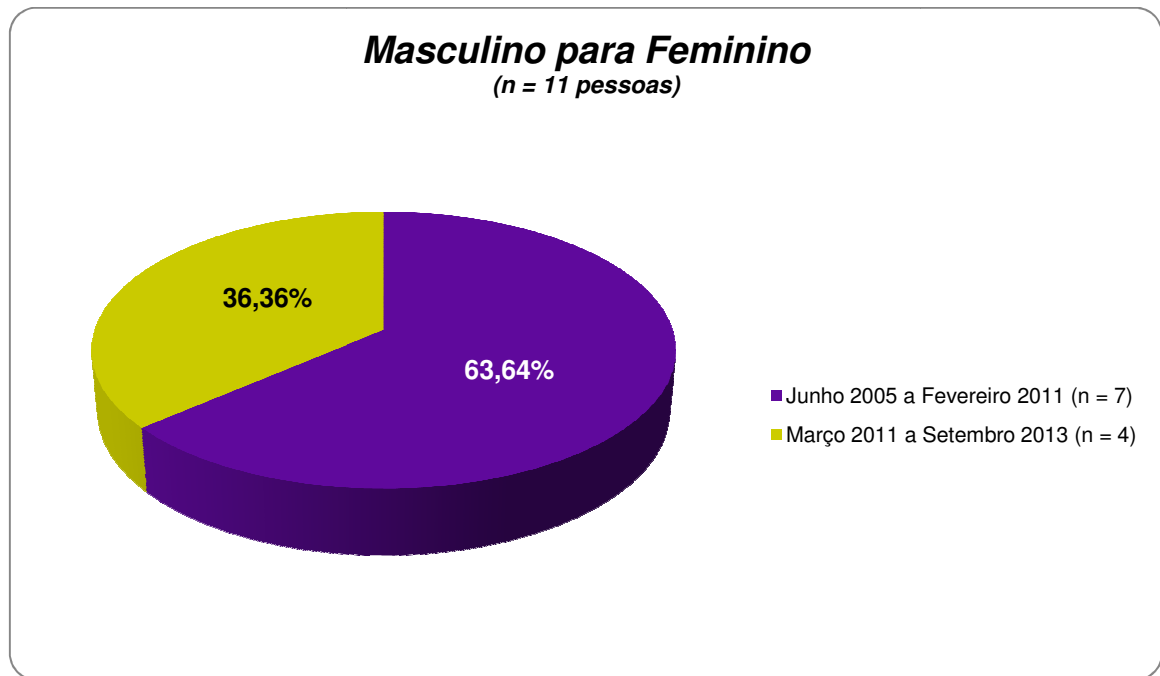


Figura 21: Distribuição das cirurgias genitais

Comparando os resultados obtidos nas Figuras 20 e 21, conclui-se que temporalmente há uma maior incidência da mudança de sexo do feminino para o masculino desde a entrada em vigor da lei n.º 7/2011.

Comparando agora os dois períodos e utilizando-se a variável de sexo/gênero obtém-se a seguinte distribuição temporal, vertida nas Figuras 22 e 23:

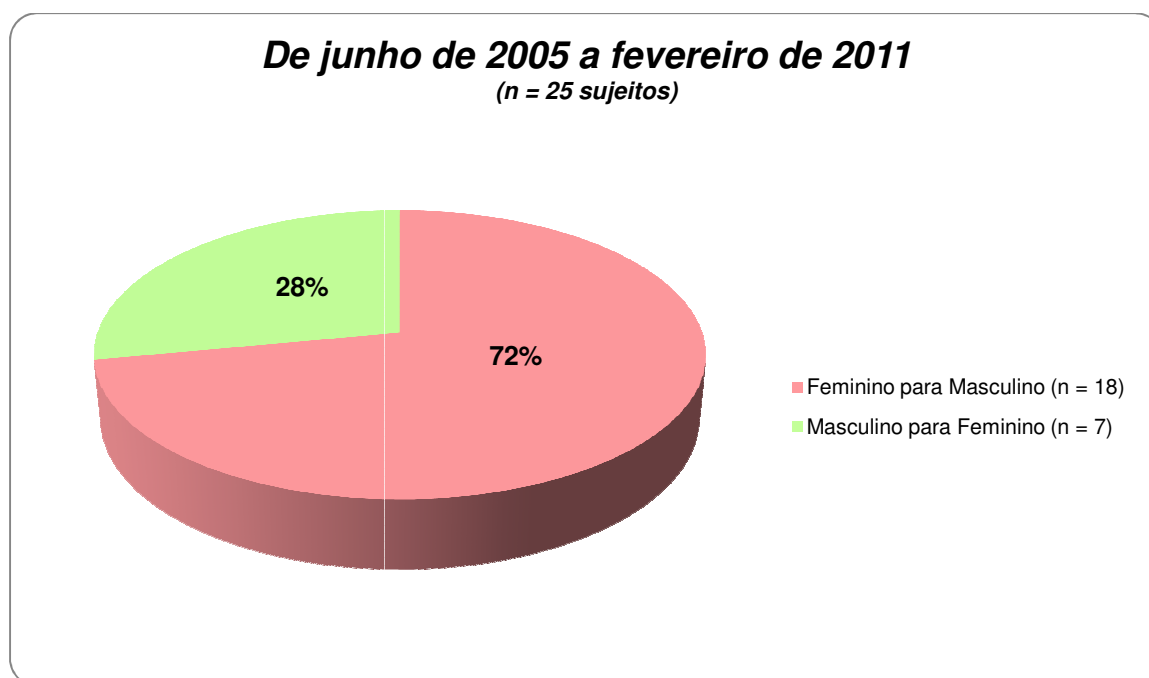


Figura 22: Distribuição por Sexo/Gênero entre junho de 2005 e fevereiro de 2011

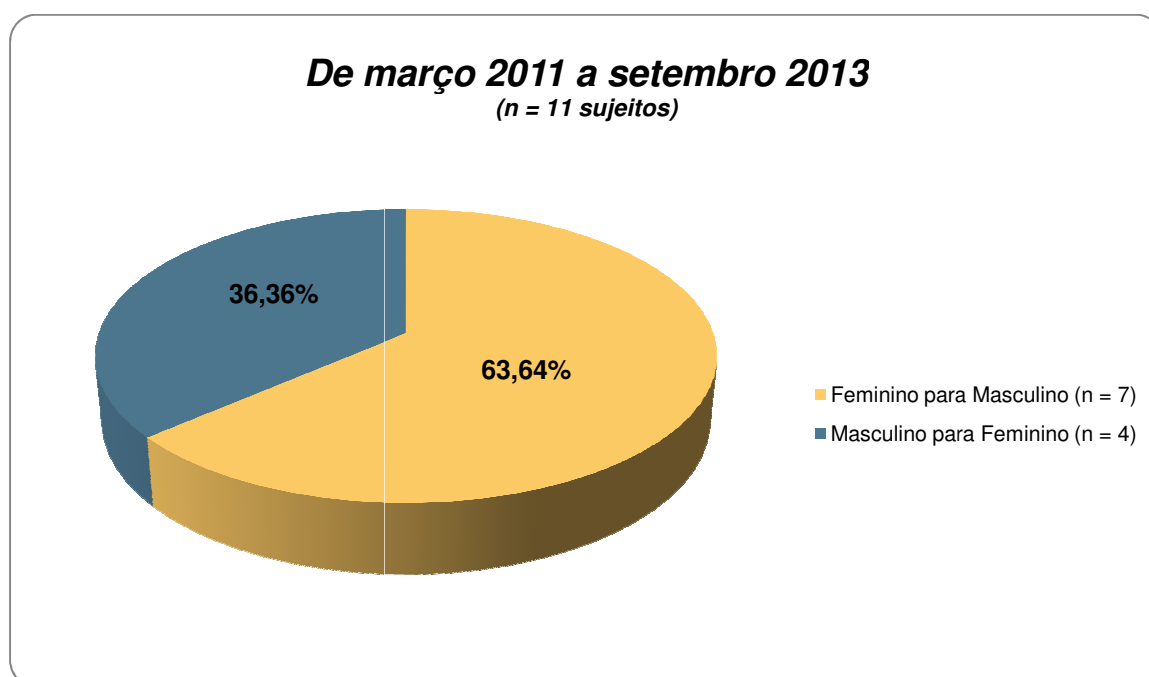


Figura 23: Distribuição por Sexo/Gênero entre março de 2011 e setembro de 2013

Com base nos dados percentuais das Figuras 22 e 23 pode concluir-se que poderá estar a surgir uma inversão de tendência estando a aumentar a mudança do sexo do masculino para o feminino comparativamente à de feminino para masculino.

Quanto a dados oficiais fornecidos pelo Ministério da Justiça ao Jornal i online, de pedidos efetuados e conclusos desde a entrada em vigor da Lei n.º 7/2011, de 15 de março, temos, a título de informação adicional, que entre março de 2011 e fevereiro de 2012, 33 mulheres transexuais e 45 homens transexuais mudaram o seu sexo e nome próprio, conforme Figura 24 que verte a realidade percentual dos dados referidos (Transexuais, 2012).

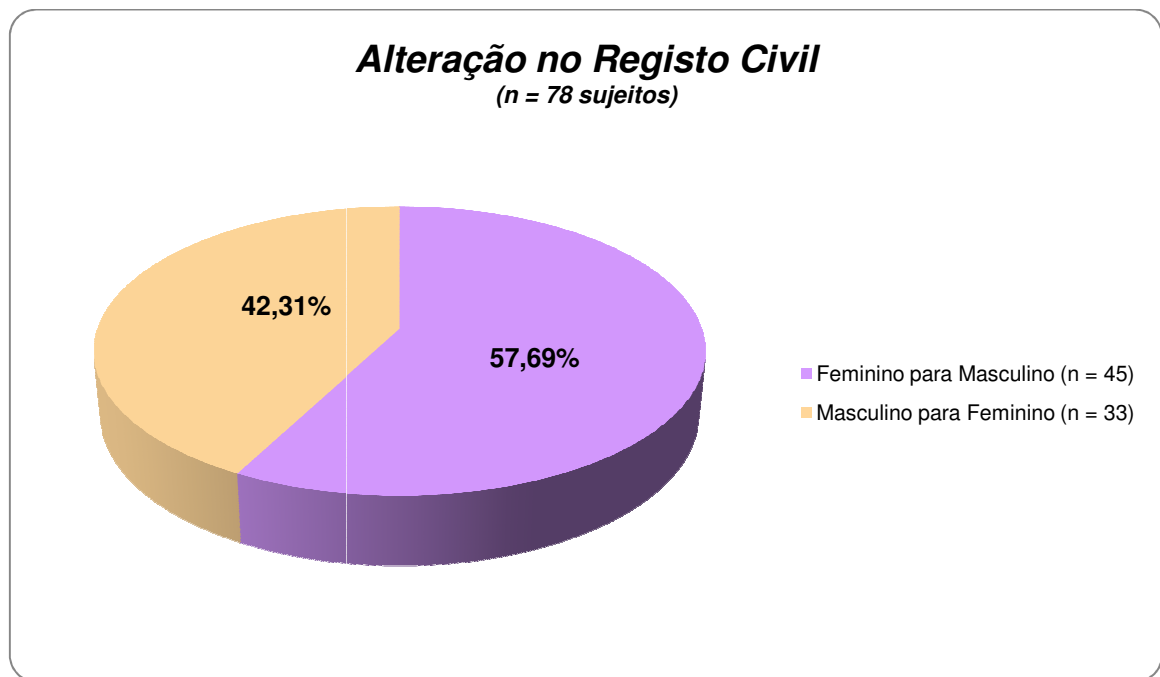


Figura 24: Dados Oficiais do Ministério da Justiça no primeiro ano de vigência da lei

Estes dados não podem ser analisados pois desconhecem-se quantos destes pedidos tiveram origem em processos judiciais já existentes à data de entrada em vigor da Lei n.º 7/2011, de 15 de março e que findaram devido a já preencherem os requisitos exigidos por esse diploma.

No entanto, pode aferir-se que, comparando os dados da Figura 24 com os dados da Figura 23, existem mais pedidos de masculino para feminino do que o inverso (coincidindo, neste ponto, ambas as figuras), mas na Figura 24 a diferença é bem menor o que poderá levar a equacionar se os destinatários desta Lei n.º 7/2011, de 15 de março estarão a aguardar a realização de todo o processo cirúrgico ou se nem pensam em avançar para ele.

Solicitaram-se os dados junto do Instituto dos Registos e do Notariado, mas dado os elevados custos envolvidos (€ 1.860,00), e porque a investigadora não dispunha dessa verba, não foi possível obtê-los.

Impõe-se, agora, responder às questões de investigação anteriormente mencionadas:

Q1 – Entre junho de 2005 e 28 de fevereiro de 2011, quantas pessoas efetuaram as cirurgias de reatribuição sexual, com recurso ao SNS, mais concretamente no único estabelecimento de saúde público de Portugal que as realizava – Hospital de Santa Maria, em Lisboa?

R1 – Foram submetidos a cirurgias de reatribuição sexual, no período compreendido entre junho de 2005 e 28 de fevereiro de 2011, 25 pessoas.

Q2 – Entre junho de 2005 e 28 de fevereiro de 2011, quantas mulheres passaram a homens?

R2 – O número de mulheres que, entre junho de 2005 e 28 de fevereiro de 2011, passaram para homens foi de 18 pessoas.

Q3 – Entre junho de 2005 e 28 de fevereiro de 2011, quantos homens passaram a mulheres?

R3 – O número de homens que, no período compreendido entre junho de 2005 e setembro 2011, passaram para mulheres foi de 7 pessoas.

Q4 – Entre 01 de março de 2011 e 30 de setembro de 2013, quantas cirurgias de reatribuição sexual, com recurso ao SNS, foram realizadas – mais concretamente no único estabelecimento de saúde público que continuou o trabalho efetuado no Hospital de Santa Maria – o Hospital de Jesus?

R4 – No período de 01 de março de 2011 e 30 de setembro de 2013 foram realizadas um total de 11 cirurgias de reatribuição sexual, com recurso ao SNS.

Q5 – Entre março de 2011 e 30 de setembro de 2013, quantas mulheres completaram a mudança para o género masculino?

R5 – No período compreendido entre março de 2011 e 30 de setembro de 2013, 7 mulheres completaram a mudança de sexo para o masculino.

Q6 – Entre março de 2011 e 30 de setembro de 2013, quantos homens completaram o processo de mudança de género?

R6 – De março de 2011 e 30 de setembro de 2013, 4 homens submeteram-se às cirurgias de reatribuição sexual passando a mulheres.

Q7 – Desde 15 de março de 2011 até 28 de Fevereiro de 2012, quantos processos de mudança de nome e sexo foram concluídos com sucesso no IRN?

R7 – Desde a entrada em vigor da Lei n.º 7/2011 até 28 de fevereiro de 2012 foram concluídos com sucesso no IRN um total de 78 processos de mudança de sexo e nome próprio.

Q8 – Quantos processos de mudança de nome e sexo concluídos foram de Feminino para Masculino?

R8 – Dos 78 processos concluídos com sucesso no IRN, 45 deles foram do feminino para o masculino.

Q9 - Quantos processos de mudança de nome e sexo concluídos foram de Masculino para Feminino?

R9 – Dos 78 processos concluídos com sucesso no IRN, 33 deles foram do masculino para o feminino.

Com as questões de investigação totalmente respondidas e analisando-se todos os dados obtidos, pode concluir-se que é maior a prevalência de casos do feminino para o masculino quer no recurso às cirurgias de reatribuição sexual, quer quanto ao requerimento, junto das Conservatórias do Registo Civil em Portugal.

5. CONCLUSÕES

5.1. CONCLUSÕES

Com este estudo conclui-se que Portugal tem uma legislação adequada ao que tem sido produzido mundialmente pois as pessoas que sofrem de Perturbação de Identidade de Género conseguem obter a alteração das menções de sexo e nome próprio no seu assento de nascimento num prazo de oito dias úteis, exceção feita quando ao conservador surge alguma dúvida de cariz burocrático.

Quanto aos objetivos que foram propostos conclui-se que, dois dos três foram amplamente atingidos porquanto se demonstrou o número total de casos de transexualidade submetidos a cirurgia, em Portugal, desde 2005, com recurso ao Serviço Nacional de Saúde, e se conseguiu analisar qual a prevalência de casos de transexualidade em razão do género, tendo-se concluído que são os casos de feminino para masculino que imperam.

Quanto ao terceiro objetivo, o mesmo só não é completamente atingido devido aos elevados custos inerentes à obtenção dos dados oficiais. No entanto, com os dados disponíveis, consegue concluir-se qual o número total de transexuais que, no primeiro ano de vigência da lei portuguesa, conseguiram obter com êxito a tão desejada alteração das menções de sexo e nome próprio nos respetivos assentos de nascimento, proporcionando-lhes, dessa forma, uma ampla liberdade para poderem ser cidadãos de primeira.

No entanto, pode ainda concluir-se que muito há a fazer relativamente ao fenómeno da transexualidade, quer a nível mundial quer, mais especificamente, a nível nacional.

Há que debater cada vez mais este tema para que a sociedade civil deixe de ter preconceitos e de discriminar injustamente estas pessoas. Chega de confundir transexualidade com homossexualidade ou com algumas perversões sexuais!

Há que respeitar o seu sofrimento tentando minimizá-lo através da sua inserção social, familiar, laboral e mesmo legislativa.

Conclui-se, deste trabalho, que a transexualidade é um fenómeno transversal a todas as culturas e cada vez mais os governantes se preocupam com estas pessoas, procurando soluções para facilitar o reconhecimento legal.

Com este reconhecimento legal permite-se minimizar, pelo menos, a nível socio-cultural todo e qualquer sentimento de pertença a uma minoria discriminada.

5.2. PERSPETIVAS FUTURAS

No campo legislativo há que retirar dividendos do presente estudo refletindo para um aperfeiçoamento da legislação, ora em vigor, pois conclui-se do texto da lei que não foram equacionadas situações que poderão surgir no futuro, colocando em causa até os direitos dos verdadeiros transexuais.

Desde logo, e porque errar é humano, pode o profissional de Psiquiatria/Psicologia, ao realizar a panóplia de testes de avaliação da personalidade, ser confrontado com um “criminoso” que sofra de mitomania (mitómano ou mentiroso obsessivo-compulsivo) e que consiga arditamente fazer crer que sofre de uma profunda perturbação de identidade de género, com o objetivo de contornar a lei para escapar às malhas da justiça dos tribunais, pois tem conhecimento que lhe é suficiente ser possuidor de um diagnóstico de perturbação de identidade de género para lhe ser concedida a mudança de sexo e de nome próprio.

Menciona-se esta possibilidade de erro porque os testes analisados, e que são os efetivamente utilizados atualmente para o diagnóstico desta perturbação, não estarão preparados para diagnosticarem e despistarem as mitomantias.

A análise deste diploma legal já foi efetuada pela investigadora, cujo artigo foi publicado, em março de 2011, no Boletim da Ordem dos Advogados (n.º 76), e que faz parte integrante deste estudo no seu Anexo VI, onde colocou outras situações a refletir.

Ora, para fazer valer a louvável intenção do legislador em simplificar o processo de mudança de sexo e nome próprio no registo civil e respeitando ao máximo todos os VERDADEIROS TRANSEXUAIS, sugere-se que deveria estar prevista a concessão provisória dessa alteração dos elementos civis e a sua definitividade estar dependente da apresentação pelo interessado de um atestado médico, assinado por dois médicos intervenientes nas cirurgias de reatribuição sexual com o caráter de irreversibilidade. Se isto não vier a acontecer, podemos vir a ter casos no nosso país como o do americano que se intitula de transexual mas que entretanto teve filhos ou de um alemão que no início do ano de 2013 também teve um filho. De referir que tais pessoas não são, no entender da investigadora e seguindo a opinião de médicos especialistas, verdadeiros transexuais.

Tudo porque um verdadeiro transexual afirma sempre que “nasceu no corpo errado” sendo, como tal, o seu maior desejo a alteração dessa realidade, a qual só é possível com recurso a esse tipo de cirurgias. Ele repugna por completo o seu corpo e quer alterá-lo adequando-o ao corpo que entende dever ser o seu desde a nascença!

6. BIBLIOGRAFIA

Casulo, M. (2004). *El Inventario de Síntomas SCL-90-R de L. Derogatis*. Disponível em [Available at] www.aidep.org/uba/Bibliografia/SCL08.pdf

- Cauldwell, D. (2001). Psychopatia Transexualis. *International Journal of Transgenderism*, 5(2). (Edição original: 1949). Disponível em [Available at] www.symposium.com/ojt/cauldwell/cauldwell.02.htm
- Cherry, K. (s.d.). *What Is the Minnesota Multiphasic Personality Inventory? A Look at the History and Use of the MMPI*. Disponível em [Available at] psychology.about.com/od/psychologicaltesting/a/mmpi.htm
- Chouraqui-Sepel, C. (1994). A New Perspective on Mythomania as 'Synthome'. *La Cause Freudienne, Revue de psychanalyse*, 26, *Le temps fait symptome* (traduzido por KLEIN, R.). Disponível em [Available at] www.jcfr.org/past_papers/A%20New%20Perspective%20on%20Mythomania%20as%20'Synthome'%20-%20Colette%20Chouraqui-Sepel.pdf
- Clay, R. (2013). The next DSM. A look at the major revisions of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, due out next month. *American Psychological Association*, 44(4). Disponível em [Available at] www.apa.org/print-this.aspx
- Cohen-Kettenis, P. & Gooren, L. (1999). Transsexualism: A Review of Etiology, Diagnosis and Treatment. *Journal of Psychosomatic Research*, 46(4). Elsevier Science Inc., 315-333.
- Cohen-Kettenis, P. & Pfafflin, F. (2010). The DSM Diagnostic Criteria for Gender Identity Disorders in Adolescents and Adults. *Archive of Sexual Behavior*, 39, 499-513.
- Conselho da Europa (1989). *Recommendation 1117*. Assembleia Parlamentar. Disponível em [Available at] assembly.coe.int/main.asp?Link=/documents/adoptedtext/ta89/erec1117.htm
- Corbella, J. (2004). Historia de la Medicina Legal. In G. Calabuig & E. Villanueva Cañadas (6.ª Edición). *Medicina Legal y Toxicología*, Masson, 8-12.
- Costa, J. P. (2000). Ao Sabor do Tempo. Crónicas Médico-Legais, Porto: Edição IMLP, 69-72.
- Costa, J. P. (2003). Sebenta de Pós-Graduação em Medicina Legal, Porto.
- Costa, J. P. (2009). Curso Básico de Medicina Legal, Porto: Euedito, 7-15; 26-44.
- Coutinho, C. (2006). *Aspetos Metodológicos da Investigação em Tecnologia Educativa em Portugal (1985-2000)*. Disponível em [Available at] repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/6497/1/Clara%20Coutinho%20AFIRSE%202006.pdf
- Declaração de Retificação n.º 54/2012 de 28 de setembro. *Diário da República n.º 189/2012 – I Série*. Presidência do Conselho de Ministros. Lisboa.
- Decreto-Lei n.º 11/98 de 24 de janeiro. *Diário da República n.º 20/98 – I Série A*. Ministério da Justiça. Lisboa.
- Decreto-Lei n.º 131/2001 de 27 de abril. *Diário da República n.º 82/2001 – I Série*. Ministério da Justiça. Lisboa.
- Decreto-Lei n.º 166/2012 de 31 de julho. *Diário da República n.º 147/2012 – I Série*. Ministério da Justiça. Lisboa.
- Decreto-Lei n.º 322-A/2001 de 14 de dezembro. *Diário da República n.º 288/2001 – I Série A*. Ministério da Justiça. Lisboa.
- Decreto-Lei n.º 352/2007 de 23 de outubro. *Diário da República n.º 204/2007 – I Série*. Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social. Lisboa.
- Decreto-Lei n.º 96/2001 de 26 de março. *Diário da República n.º 72/2001 – I Série A*. Ministério da Justiça. Lisboa.
- Devor, A. H. (2013). *Reed Ericson and The Erickson Educational Foundation*. Disponível em [Available at] web.ubic.ca/~erick123/
- Doezema, M. (2013). Sex Change Operations Legal in Iran But Perilous. Disponível em [Available at] www.theinvestigativefund.org/investigations/gender/1797

- Drecher, J., Cohen-Kettenis, P. & Winter, S. (2012), Minding the body: Situating gender identity diagnoses in the ICD-11. *International Review of Psychiatric*, 24(6), 568-577.
- Ehrman-Dupre, J. (2013). *California Governor Jerry Brown signs law making transgender birth Certificate alterations easier*. Disponível em [Available at] www.towleroad.com/2013/10/california-governor-jerry-brown-signs-law-making-transgender-birth-certificate-alteration-easier.html
- European Court of Human Rights (2013). Gender Identity Issues. *Press Unit*. Disponível em [Available at] www.echr.coe.int/Documents/FS_Gender_identity_ENG.pdf
- Fernandes, E. (2010). O Transexual e a Omissão da Lei: Um Estudo de Casos Paradigmáticos. *Caderno Virtual*, 21(1). Disponível em [Available at] www.portaldeperiodicos.idp.edu.br/indez.php/cadernovirtual/article/viewfile/357/266
- Ferreira, J. D. (s.d.a). *Construção mamária em transexual M-F*. Disponível em [Available at] www.joaodecioferreira.com/cirurgia-dos-transexuais/cirurgia-masculino-para-feminino/69-mamoplastia-transexual-mtof.html
- Ferreira, J. D. (s.d.b). *Intervenções Cirúrgicas em Transexuais. Feminino para Masculino*. Disponível em [Available at] www.joaodecioferreira.com/cirurgia-dos-transexuais/cirurgia-feminino-para-masculino/6-mudanca-de-sexo.html
- Ferreira, J. D. (s.d.c). *Intervenções Cirúrgicas em Transexuais. Masculino para Feminino*. Disponível em [Available at] www.joaodecioferreira.com/cirurgia-dos-transexuais/cirurgia-masculino-para-feminino/50-cirurgia-m-f.html
- Ferreira, J. D. (s.d.d). *Resultado de faloplastia*. Disponível em [Available at] www.joaodecioferreira.com/cirurgia-dos-transexuais/cirurgia-feminino-para-masculino/70-faloplastia.html
- Formica, A. (2008). Os Desafios Jurídicos na Proteção dos Transexuais, *Revista Internacional de Direito e Cidadania*, 2, 7-20.
- Fortin, M-F. (2009). *O Processo de Investigação. Da concepção à realização*. Loures: Lusociência. 5.ª Ed.
- Framingham, J. (2011). Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI). *Psych Central*. Disponível em [Available at] psychcentral.com/lib/2011/minnesota-multiphasic-personality-inventory-mmapi
- Freitas, P., Monteiro, I., & Ferreira, J. D. (2011). *Perturbação de Identidade de Género*. Disponível em [Available at] www.joaodecioferreira.com/media/pdfs/perturbacao-de-identidade-de-genero.pdf
- Galvão, R. (2009). *Medicina Legal – Definição – Histórico – Relações – Divisão*. Disponível em [Available at] ronaldo79171.blogspot.pt/2009/08/medicina-legal-definicao-historico.html
- Gender Recognition Act 2004 Chapter 7, 1st july 2004. Parliament.
- Gesetz über die Änderung der Vornamen und die Feststellung der Geschlechtszugehörigkeit in besonderen Fällen (Transsexuellengesetz – TSG), 10. September 1980 (BGBl. I S 1654). Bundestag.
- Gonçalves, M., Graça, O., Almeida, N., & Vieira, F. (2010). A psiquiatria e a Psicologia na Avaliação Pericial em Sexologia Forense, *Acta Médica Portuguesa*, 23, 469-474.
- Gorenstein, C. & Andrade, L. (2001). Inventário de depressão de Beck: propriedades psicométricas da versão em português, *Revista de Psiquiatria Clínica*, 28(6), 286-287.
- Green, R. (1999). Transsexualism: Mythological, Historical and Cross-Cultural Aspects. In H. Benjamin, *Transsexual Phenomenon*, Symposium Publishing, Düsseldorf. (Edição original: 1966).
- Hamburger, C., Sturup, G. K., & Dalh-Iversen, E. (1953). Transvestism: Hormonal, psychiatric, and surgical treatment, *Journal of the American Medical Association*, 12, 391-396, In J. Drescher et al. (2012). Minding the body: Situating gender identity diagnoses in the ICD-11, *International Review of Psychiatry*, 24(6), 568-577.

- Hammarberg, T. (2011). *Direitos Humanos e Identidade de Género. Relatório Temático*. Transgender Europe (TGEU), 5. Disponível em [Available at] <http://www.transrespect-transphobia.org/uploads/downloads/Publications/Hberg-port.pdf>
- Healthgrades (s/d). *Mythomania*. Right Diagnosis. Disponível em [Available at] www.rightdiagnosis.com/m/mythomania/intro.htm
- Highlights of Changes from DSM-IV-TR to DSM-5* (2011). Disponível em [Available at] www.dsm5.org/Documents/changes%20from%20dsm-iv-tr%20to%20dsm-5.pdf
- Holland, K. (2013). Transgender woman to sue over certificate delay. *Irish Times*. Disponível em [Available at] www.irishtimes.com/news/transgender-woman-to-sue-over-birth-certificate-delay-1.1315613
- Honey Tan Lay Ean (2005-11-17). *Jeffrey Jessie: Recognising Transsexuals*, Disponível em [Available at] www.malaysianbar.org.my/genderissues/jeffrey_jessie_recognising_transsexuals_by_honey_tan_Lay_ean.html
- Hong Kong court supports transsexual right to wed* (2013). BBC News. Disponível em [Available at] www.bbc.co.uk/news/world-asia-china-22506472
- Ilga Portugal (2008). *Transexualidade*. Disponível em [Available at] www.ilga-portugal.pt/noticias/157.php
- Instituto dos Registos e do Notariado (2011). *Deliberação. Mudança de sexo no registo civil. Relatório clínico proveniente do estrangeiro*. Disponível em [Available at] www.irn.mj.pt/sections/irn/doutrina/pareceres/civil/2011/p-c-c-69-2011sjc/downloadFile/file/CC69-2011_SJC-CT.pdf?nocache=1351588489.45
- Instituto dos Registos e do Notariado (2011). *Deliberação. Procedimento de mudança de sexo e de nome próprio*. Disponível em [Available at] www.irn.mj.pt/sections/irn/doutrina/pareceres/civil/2011/p-c-c-29-2011-sjc-ct/
- Instituto dos Registos e do Notariado (2012). *Procedimentos. Mudança de sexo e de nome*. Disponível em [Available at] www.irn.mj.pt/IRN/sections/irn/a_registral/registo-civil/docs-do-civil/procedimentos/#nome
- Islamweb Fatwas (2000). Disponível em [Available at] www.islamweb.net
- Jesus, J. G. (2012). *Orientações sobre Identidade de Género: Conceitos e Termos. Guia Técnico sobre pessoas transsexuais, travestis e demais pessoas transgêneros, para formadores de opinião*. 2.ª Ed., Brasília. Disponível em [Available at] www.sertao.ufg.br/uploads/16/original_ORIENTA%C3%87%C3%95ES_SOBRE_IDENTIDADE_DE_G%C3%84NERO__CONCEITOS_E_TERMOS_-_2%C2%AA_Edi%C3%A7%C3%A3o.pdf?1355331649
- Kraft-Ebing, R. (s.d.). *Psychopatia Sexualis*, Disponível em [Available at] www.kinilorber.com/psychopatia/history.html
- Lag 1972:119. *SFS 1972:119*. Socialdepartement. Estocolmo.
- Legal Aspects of Transexualism in the United States, Disponível em [Available at] en.wikipedia.org/wiki/Legal_aspects_of_transexualism_in_the_United_States
- Legal Aspects of Transsexualism (2013). Disponível em [Available at] en.academic.ru/dic.nsf/enwiki/11087
- Legge n.º 164, de 14 aprile 1982. *Gazzetta Ufficiale Della Repubblica Italiana*, n.º 106/1982. Il Presidente della Repubblica. Roma.
- Lei Constitucional n.º 1/2005 de 12 de agosto. *Diário da República* n.º 155/2005 – I Série A. Assembleia da República. Lisboa.
- Lei n.º 29/78 de 12 de junho. *Diário da República* n.º 133/78 – I Série A. Assembleia da República. Lisboa
- Lei n.º 65/78 de 13 de outubro. *Diário da República* n.º 236/78 – I Série A. Assembleia da República. Lisboa.

- Ley 26.743, de 09 de mayo de 2012. *Boletín Oficial de la Republica Argentina de 24 de mayo de 2012*, n.º 32.404. El Senado y Cámara de Diputados. Buenos Aires.
- Ley 3/2007, de 15 de marzo, Boletín Oficial de España n.º 65, 16 de marzo de 2007 (pp: 11251-11253). Disponível em [Available at] <http://www.boe.es/boe/dias/2007/03/16/pdfs/A11251-11253.pdf>
- Ley n.º 18.620, de 12 de octubre, *Diário Oficial* 17-11-009, n.º 27858. El Senado y Cámara de diputados. Montevideú.
- Lima, J. C. C. (2001). Transexualidade, Identidade e Casamento – Alguns Problemas, *Scientia Iurídica – TL*, 289, 125-156.
- Lopes, C. (1982). Guia de Perícias Médico-Legais, Porto, pp: 22-38.
- Magalhães, T. (s.d.). *Medicina Legal / Psiquiatria e Psicologia Forense. Perícias em Psiquiatria Forense*, Delegação do Porto do INML, 44-62
- Mandal, A. (s.d.a). *Causes of Gender Dysphoria*. Disponível em [Available at] www.news-medical.net/Causes-of-Gender-Dysphoria.aspx
- Mandal, A. (s.d.b). *Diagnosis of Gender Dysphoria*. Disponível em [Available at] www.news-medical.net/Diagnosis-of-Gender-Dysphoria.aspx
- Mandal, A. (s.d.c). *Treatment for Gender Dysphoria*. Disponível em [Available at] www.news-medical.net/health/Treatment-for-Gender-Dysphoria.aspx
- Mandal, A. (s.d.d). *What is Gender Dysphoria*. Disponível em [Available at] www.news-medical.net/health/What-is-Gender-Dysphoria.aspx
- Manual de Medicina Legal (s.d.). Disponível em [Available at] dc150.4.4shared.com/doc/2DACHiQa/preview.html
- Markowitz, S. (2008). Changes of Sex Designation on Transsexuals' Birth Certificates: Public Policy and Equal Protection, *Cardozo Journal of Law & Gender*, 14 (3), 750-730.
- Marques, J. G., Vieira, F., Gonçalves, M., & Santos, J. C. (2012). Transexualidade: Aspectos Psiquiátricos e Médico-Legais, *Psiquiatria Clínica*, 33(2), 121-130.
- Marques, R. (1987-1988). Transsexualidade: o reconhecimento judicial da mudança de sexo e o direito português. Alguns problemas, *Tribuna da Justiça*, 36 (pp: 11-15), 37 (pp: 10-12), 38 (pp: 10-14), 39 (pp: 9-12) e 40 (pp: 11-18).
- Matos, F. (s.d.). *Sintomas de disforia de gênero*. Disponível em [Available at] [www.news-medical.net/Symptoms-of-Gender-Dysphoria-\(Portuguese\).aspx](http://www.news-medical.net/Symptoms-of-Gender-Dysphoria-(Portuguese).aspx)
- Medicina Legal. Disponível em [Available at] pt.wikipedia.org/wiki/Medicina_Legal
- Millon, T., Davis, R., Millon, C., & Grossman, S. (2009). *The Million Clinical Multiaxial Inventory-III, Third Edition (MCMI-III) (2009) with new norms and updated scoring*. Disponível em [Available at] www.millon.net/instruments/MCMI_III.htm
- Monteiro, I (2010). *Gender Identity Disorder: Pre and Post Surgery Changes – Personality Profile. Psychopathology and Social Adjustment – a Comparative Study*. Ph. D. Thesis, *The American Academy of Clinical Sexologists*. Orlando. Florida. United States of America.
- Monteiro, I. S. (2009). *O Contributo das Experiências Familiares, Vinculação e Apoio Social para a Depressão no Adulto*. Tese de Doutoramento. Universidade do Minho. Portugal.
- Mythomania*. Disponível em [Available at] psychology.wikia.com/wiki/Mythomania
- Navarro Brain, A. (2010). Proyecto de Ley Permitiendo el Cambio de Sexo de las Personas Con Disforia de Género. Disponível em [Available at] http://sil.congreso.cl/cgi-bin/sil_abredocumentos.pl?1,7312
- Oliveira, L. (s.d.). *Mitomania*. Disponível em [Available at] www.leticiadeoliveira.com.br/duvidas-pdf/Mitomania.pdf
- Oliveira, S. C. (s.d.). *O psicólogo clínico e o problema da transexualidade*. Disponível em [Available at]

- www.armariox.com.br/documentos/psicologoclinicotrans.doc
- Países com Ley de Identidad de Género y proyectos de ley (2011). Disponível em [Available at] divasdevenezuela.wordpress.com/2011/08/08/paises-con-ley-de-identidad-de-genero-y-proyectos-de-ley/
- Parlamento Europeu (2013). Resolução (2013/C 56 E/12), de 28 de setembro. *JOUE*, C 56 E.
- Perelson, S. (2011). Transexualismo: Uma questão do nosso tempo e para o nosso tempo, *Revista Epos*. Rio de Janeiro.
- Pickren, M. (2009). *Mythomania: Compulsive Lying Disorder*. Disponível em [Available at] www.helpingpsychology.com/mythomania-another-name-for-compulsive-lying
- Pinheiro, P. (2010). *Anestesia Geral. Quais são os riscos?*. Disponível em [Available at] www.mdsaude.com/2010/10/anestesia-geral.html
- Por la Identidad de la Identidad*. Disponível em [Available at] leydeidentidaddegenero.cl
- Portaria n.º 19/2013 de 21 de janeiro. *Diário da República n.º 14/2013 – I Série*. Ministérios das Finanças e da Justiça. Lisboa.
- Portaria n.º 522/2007 de 30 de abril. *Diário da República n.º 83/2007 – I Série*. Ministérios das Finanças e da Administração Pública e da Justiça. Lisboa.
- Primeiro homem transexual a dar à luz na Europa é alemão (2013-09-10). *Jornal de Notícias*. Disponível em [Available at] www.jn.pt/PaginaInicial/Mundo/Interior.aspx?content_id=3412562
- Quivy, R. & Campenhoudt, L. V. (2013). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*, Gradiva, 6.ª Edição. Lisboa.
- Rcpharma (2013). *Suécia põe fim à esterilização forçada em caso de mudança de sexo*. Disponível em [Available at] www.rcmpharma.com/actualidade/politica-de-saude/11-01-13/suecia-poe-fim-esterilizacao-forcada-em-caso-de-mudanca-de-se
- Regêncio, M. (2009). *O que é a anestesia? A realidade e o mito*. Disponível em [Available at] www.medipedia.pt/home/home.php?module=artigo&id=63
- Sadock, B. J. & Sadock, V. A. (2007). Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences / Clinical Psychiatry, 10.ª Edição, Wolters Kluwer Health.
- Santos, A. (2012). *Um sexo que são vários. A (im)possibilidade do intersexo enquanto categoria humana*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Letras – Universidade de Coimbra. Portugal.
- Scire Project (s.d.). *The Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R)*. Disponível em [Available at] www.scireproject.com/outcome-measures/symptom-checklist-90-revised-scl-90-r
- Sex Discrimination Act 1984, n.º 4, de 21st march. Parliamentary Council. Canberra.
- Silveira, P. R. (2009). *A História da Medicina Legal*. Disponível em [Available at] www.recantodasletras.com.br/artigos/1625456
- Siqueira, A. M. (2010). Transexualidade: a superação do conceito binário de sexo, *Jus Navigandi*, Disponível em [Available at] jus.com.br/revista/texto/17495
- Stack, S. (2013). Dentist in new gender legal bid. *Irishexaminer*. Disponível em [Available at] www.irishexaminer.com/archives/2013/0228/world/dentist-in-new-gender-bid-223996.htm
- Symptom Checklist 90*. Disponível em [Available at] en.wikipedia.org/w/index.php?title=Symptom_Checklist_90&oldid=523012574
- The Endocrine Society (2009). Endocrine Treatment of Transsexual Persons: Na Endocrine Society Clinical Practice Guideline, *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*.
- The Yogyakarta Principles. Principles on the Application of International Human Rights Law in Relation to Sexual Orientation and Gender Identity (2007). Disponível em [Available at] www.yogyakartaprinciples.org/principles_en.pdf

- Tinsley, O (2013). Draft transgender Bill a concrete step forward but still needs more work. *Irish Times*. Disponível em [Available at] www.irishtimes.com/life-and-style/health-family/draft-transgender-bill-a-concrete-step-forward-but-still-needs-more-work.
- Transexuais. Lei de Identidade de Género permitiu alterar nome e sexo a 78 pessoas (2012-03-14). *Jornal iOnline*, Disponível em [Available at] www.ionline.pt/artigos/portugal/transexuais-lei-identidade-genero-permitiu-alterar-nome-sexo-78-pessoas
- Transexualidade no Irã. Disponível em [Available at] en.wikipedia.org/Transsexuality_in_Iran
- Transexualidade. Disponível em [Available at] pt.wikipedia.org/w/index.php?title=Transexualidade&oldid=35956556
- Transgender sexualism in Romania, Disponível em [available at] en.wikipedia.org/w/index.php?title=Transgender_people_in_Singapore&oldid=573316260
- Transsexualismo na Roménia (s.d.). Disponível em [Available at] accept_romania_ro/lgbt-issues/trans
- Tribunal australiano autoriza, dois adolescentes a mudarem de sexo (2013-09-09). *Jornal de Notícias*. Disponível em [Available at] www.jn.pt/PaginalInicial/Interior.aspx?content_id=3409909
- Vieira, D.N. (2012). O Atual Sistema Médico-Legal e Forense Português, In F. Almeida & M. Paulino (coord.). *Profiling, Vitimologia & Ciências Forenses. Perspetivas Atuais* (pp. 1-15). Lisboa: Pactor.
- Vieira, R. M. X. (2003). Transexualismo: da Clínica ao Diagnóstico, *Revista da Faculdade de Medicina de Lisboa*, Série III; 8(3), 123-129.
- Vieira, R. M. X., & SILVA, M. (2005). Perturbações Sexuais, in J. C. Dias Cordeiro (org.). *Manual de Psiquiatria Clínica* (pp. 157-206). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Vieira, T. R. (1998), Mudança de Sexo: aspectos médicos, psicológicos e jurídicos, *Capa*, V. 6, n.º 21, 3-8.
- Waterfield, B. (2013). Belgian killed by eutanásia after a botched sex change operation. *The Telegraph*. Disponível em [Available at] www.telegraph.co.uk/news/worldnews/europe/belgium/10346616/Belgian-killed-by-euthanasia-after-a-botched-sex-change-operation.html
- World Health Organization (1993). *The ICD-10. Classification of Mental and Behavioural Disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Disponível em [Available at] www.who.int/icd/en/bluebook.pdf
- World Professional Association for Transgender Health (2011). *Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender NonConforming People*, 7th Version. Disponível em [Available at] www.wpath.org/uploaded_files/140/files/Standards%20of%20Care,%20V7%20Full%20Book.pdf
- Zucker, K. J. (2010). The DSM Diagnostic Criteria for Gender Identity Disorder in Children, *Archive of Sexual Behavior*, 39, 477-498.

ANEXOS

ANEXO I – LEGISLAÇÃO PORTUGUESA

Lei n.º 7/2011, de 15 de março (in DR, 1.ª Série, n.º 52, 15 de março de 2011)

Cria o procedimento de mudança de sexo e de nome próprio no registo civil e procede à décima sétima alteração ao Código do Registo Civil

A Assembleia da República decreta, nos termos da alínea c) do artigo 161.º da Constituição, o seguinte:

Artigo 1.º

Objeto e natureza

1 — A presente lei regula o procedimento de mudança de sexo no registo civil e correspondente alteração de nome próprio.

2 — Este procedimento tem natureza secreta.

Artigo 2.º

Legitimidade e capacidade

Têm legitimidade para requerer este procedimento as pessoas de nacionalidade portuguesa, maiores de idade e que não se mostrem interditas ou inabilitadas por anomalia psíquica, a quem seja diagnosticada perturbação de identidade de género.

Artigo 3.º

Pedido e instrução

1 — O pedido pode ser apresentado em qualquer conservatória do registo civil e deve ser instruído com os seguintes documentos:

a) Requerimento de alteração de sexo com indicação do número de identificação civil e do nome próprio pelo qual o requerente pretende vir a ser identificado, podendo, desde logo, ser solicitada a realização de novo assento de nascimento;

b) Relatório que comprove o diagnóstico de perturbação de identidade de género, também designada como transexualidade, elaborado por equipa clínica multidisciplinar de sexologia clínica em estabelecimento de saúde público ou privado, nacional ou estrangeiro.

2 — O relatório referido na alínea b) do número anterior deve ser subscrito pelo menos por um médico e um psicólogo.

Artigo 4.º

Decisão

1 — No prazo de oito dias a contar da apresentação do pedido, o conservador deve, consoante os casos:

a) Decidir favoravelmente o pedido e realizar o respetivo averbamento, nos termos do artigo 73.º do Código do Registo Civil e, se for o caso, um novo assento de nascimento, nos termos do n.º 1 do artigo 123.º do mesmo Código;

b) Solicitar o aperfeiçoamento do pedido;

c) Rejeitar o pedido, quando da análise dos documentos instrutórios resultar que este manifestamente não se coaduna com as normas aplicáveis.

2 — Caso tenha sido solicitado o aperfeiçoamento do pedido nos termos da alínea b) do número anterior, o conservador deve decidir o pedido no prazo de oito dias a contar da data da apresentação dos elementos adicionais.

Artigo 5.º

Alteração ao Código do Registo Civil

Os artigos 69.º, 70.º, 104.º, 123.º, 214.º e 217.º do Código do Registo Civil, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 131/95, de 6 de junho, alterado pelos Decretos-Leis n.ºs 36/97, de 31 de janeiro, 120/98, de 8 de maio, 375 -A/99, de 20 de setembro, 228/2001, de 20 de agosto, 273/2001, de 13 de outubro, 323/2001, de 17 de dezembro, 113/2002, de 20 de abril, 194/2003, de 23 de agosto, e 53/2004, de 18 de março, pela Lei n.º 29/2007, de 2 de agosto, pelo Decreto-Lei n.º 324/2007, de 28 de setembro, pela Lei n.º 61/2008, de 31 de outubro, e pelos Decretos-Leis n.ºs 247 -B/2008, de 30 de dezembro, e 100/2009, de 11 de maio, e pelas Leis n.ºs 29/2009, de 29 de junho, e 103/2009, de 11 de setembro, passam a ter a redação seguinte:

«Artigo 69.º

[...]

1 —

a)

b)

c)

d)

e)

f)

g)

h)

i)

j)

l)

m)

n)

o) A mudança de sexo e a consequente mudança de nome próprio;

p) [Anterior alínea o).]

q) [Anterior alínea p).]

r) [Anterior alínea q).]

2 —

3 —

4 — Os factos referidos na alínea o) do n.º 1 apenas são averbados:

a) Aos assentos de nascimento dos filhos maiores da pessoa que mudou de sexo, a requerimento daqueles;

b) Ao assento de nascimento do outro cônjuge com consentimento deste prestado através de declaração perante oficial do registo civil ou de documento autêntico ou autenticado.

Artigo 70.º

[...]

1 —

a)

b)

c)

d)

e)

f)

g)

h)

i) A mudança de sexo de qualquer dos cônjuges e a correspondente mudança de nome próprio, desde que haja consentimento do outro cônjuge, prestado por declaração perante o oficial do registo civil ou através de documento autêntico ou autenticado.

2 — (*Revogado pelo Decreto -Lei n.º 247 -B/2008, de 30 de dezembro.*)

Artigo 104.º

[...]

1 —

2 —

a)

b)

c)

d)

e)

f)

g) A alteração do nome próprio resultante da mudança da menção do sexo.

3 —

4 —

5 —

6 —

7 —

8 —

Artigo 123.º

[...]

1 — O estabelecimento da filiação, a alteração de nome consequente, a mudança de sexo e a consequente alteração de nome próprio, o nome dos avós, a adoção plena e o casamento dos pais podem ser integrados no texto do assento de nascimento ao qual tenham sido averbados, a requerimento verbal dos interessados ou dos seus representantes legais, mediante a realização de novo assento de nascimento.

2 —

3 —

4 —

5 — *(Revogado pelo Decreto -Lei n.º 324/2007, de 28 de setembro.)*

Artigo 214.º

[...]

1 —

2 —

3 — Dos assentos a que se mostre efetuado qualquer averbamento de mudança de sexo e consequente alteração de nome próprio, só podem ser passadas certidões de cópia integral ou fotocópias a requerimento do próprio, dos seus herdeiros e das autoridades judiciais ou policiais para efeitos de investigação ou instrução criminal.

4 — *(Anterior n.º 3.)*

5 — *(Anterior n.º 4.)*

6 — As autoridades judiciais ou policiais e o IRN, I. P., podem sempre requerer certidão de qualquer registo ou documento, excetuados os casos previstos no n.º 3.

Artigo 217.º

[...]

1 —

2 —

3 —

4 —

5 — No caso de registo cancelado decorrente de procedimento de mudança de sexo considera-se interessado apenas o próprio, os seus herdeiros e as autoridades judiciais ou policiais para efeitos de investigação ou instrução criminal.»

Artigo 6.º

Disposições finais

1 — A presente lei aplica -se a todos os pedidos de mudança do registo do sexo efetuados a partir da sua entrada em vigor, independentemente da existência de processos judiciais pendentes ou de ter havido decisão judicial sobre a matéria em data anterior à vigência da presente lei.

2 — O Estado Português reconhece a alteração de registo do sexo efetuada por pessoa de nacionalidade portuguesa que, tendo outra nacionalidade, tenha modificado o seu registo do sexo perante as autoridades desse Estado.

Aprovada em 26 de novembro de 2010.

O Presidente da Assembleia da República, *Jaime Gama*.

Promulgada em 1 de março de 2011.

Publique -se.

O Presidente da República, ANÍBAL CAVACO SILVA.

Referendada em 2 de março de 2011.

O Primeiro -Ministro, *José Sócrates Carvalho Pinto de Sousa*.

ANEXO II – LEGISLAÇÃO EUROPEIA

1 – SUÉCIA:

Lag (1972:119) om fastställande av könstillhörighet i vissa fall – 21 de abril de 1972:

1 § /Upphör att gälla U:2013-07-01/

En person ska efter egen ansökan få fastställt att han eller hon har en annan könstillhörighet än den som framgår av folkbokföringen, om han eller hon

1. sedan en lång tid upplever att han eller hon tillhör det andra könet,
2. sedan en tid uppträder i enlighet med denna könsidentitet,
3. måste antas komma att leva i denna könsidentitet även i framtiden,
4. har fyllt arton år, och 5. har steriliserats eller av någon annan orsak saknar fortplantningsförmåga.

En ansökan enligt första stycket får bifallas även om sökanden har beviljats ändrad könstillhörighet med stöd av 2 §.

Särskilda bestämmelser om sterilisering finns i steriliseringslagen (1975:580). Lag (2012:456).

1 § /Träder i kraft I:2013-07-01/

En person ska efter egen ansökan få fastställt att han eller hon har en annan könstillhörighet än den som framgår av folkbokföringen, om han eller hon

1. sedan en lång tid upplever att han eller hon tillhör det andra könet,
2. sedan en tid uppträder i enlighet med denna könsidentitet,
3. måste antas komma att leva i denna könsidentitet även i framtiden, och
4. har fyllt arton år.

En ansökan enligt första stycket får bifallas även om sökanden har beviljats ändrad könstillhörighet med stöd av 2 §. Lag (2013:405).

2 § En person ska efter ansökan få fastställt att han eller hon har en annan könstillhörighet än den som framgår av folkbokföringen, om

1. han eller hon har en medfödd avvikelse i könsutvecklingen, och
2. en ändring av könstillhörigheten är
 - a) förenlig med utvecklingen av könsidentiteten, och
 - b) mest förenlig med sökandens kroppsliga tillstånd.

Avser en ansökan enligt första stycket någon som har fyllt arton år, görs ansökan av honom eller henne själv. Detsamma gäller för den som är yngre än arton år men som inte står under någon annans vårdnad. I övriga fall görs ansökan av vårdnadshavaren.

Avser ansökan ett barn som har fyllt tolv år, ska barnet lämna sitt samtycke. Även om samtycke inte behövs, ska hänsyn tas till barnets vilja med beaktande av dess ålder och mognad. Lag (2012:456).

3 § En ansökan om fastställelse enligt 1 eller 2 § får bifallas endast om sökanden är folkbokförd i Sverige.

Ansökan får inte bifallas om sökanden är registrerad partner. Lag (2012:456).

3 a § En dom eller ett beslut om att en person har ändrad könstillhörighet, som har meddelats av en utländsk domstol eller myndighet och som har vunnit laga kraft, gäller i Sverige, om personen när domen eller beslutet meddelades var medborgare i det andra landet eller bosatt där.

Lag (2012:456).

4 § I samband med ansökan om fastställelse enligt 1 eller 2 § får tillstånd ges till att ingrepp görs i könsorganen i syfte att göra dem mer lika det andra könets. Tillstånd får ges endast om förutsättningarna för fastställelse är uppfyllda.

Bestämmelserna i 2 § andra och tredje styckena gäller i tillämpliga delar. Lag (2012:456).

4 a § I samband med ansökan om fastställelse enligt 1 § får tillstånd ges till att könskörtlarna avlägsnas, om förutsättningarna för fastställelse i 1 § första stycket 1 4 är uppfyllda.

När en ansökan om fastställelse enligt 1 eller 2 § har bifallits får den som beslutet avser efter egen ansökan ges tillstånd till att könskörtlarna avlägsnas.

Om sökanden inte har fyllt tjugotre år får tillstånd ges endast om det finns synnerliga skäl. Lag (2012:456).

5 § Ansökningar enligt 1, 2, 4 och 4 a §§ prövas av Socialstyrelsen. Lag (2012:456).

6 § Socialstyrelsens beslut enligt denna lag får överklagas hos allmän förvaltningsdomstol.

Prövningstillstånd krävs vid överklagande till kammarrätten
Lag (1995:23).

7 § Den som har tagit befattning med ärende enligt denna lag får inte obehörigen röja vad han eller hon därvid har erfarit om en enskilds personliga förhållanden.

I det allmännas verksamhet tillämpas i stället bestämmelserna i offentlighets- och sekretesslagen (2009:400).

Lag (2009:411).

8 § Den som uppsåtligt eller av oaktsamhet utför ingrepp enligt 4 eller 4 a § på en person som inte har fått tillstånd till ett sådant ingrepp, döms till böter eller fängelse i högst sex månader. Till ansvar enligt denna bestämmelse ska inte dömas om gärningen är belagd med straff i brottsbalken.

Lag (2012:456).

9 § Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela föreskrifter om de krav för fastställelse som avses i 1 § första stycket 1 3 och 2 § första stycket 1.

Lag (2012:456).

Övergångsbestämmelser

1995:23

Denna lag träder i kraft den 1 april 1995. Beslut som har meddelats före ikraftträdandet överklagas enligt äldre bestämmelser.

2 – ALEMANHA

Gesetz über die Änderung der Vornamen und die Feststellung der Geschlechtszugehörigkeit in besonderen Fällen (Transsexuellengesetz - TSG) – 10 de setembro de 1980

Eingangsformel

Der Bundestag hat mit Zustimmung des Bundesrates das folgende Gesetz beschlossen:

Erster Abschnitt Änderung der Vornamen

§ 1 Voraussetzungen

- (1) Die Vornamen einer Person sind auf ihren Antrag vom Gericht zu ändern, wenn
1. sie sich auf Grund ihrer transsexuellen Prägung nicht mehr dem in ihrem Geburtseintrag angegebenen Geschlecht, sondern dem anderen Geschlecht als zugehörig empfindet und seit mindestens drei Jahren unter dem Zwang steht, ihren Vorstellungen entsprechend zu leben,
 2. mit hoher Wahrscheinlichkeit anzunehmen ist, dass sich ihr Zugehörigkeitsempfinden zum anderen Geschlecht nicht mehr ändern wird, und
 3. sie
 - a) Deutscher im Sinne des Grundgesetzes ist,
 - b) als Staatenloser oder heimatloser Ausländer ihren gewöhnlichen Aufenthalt im Inland hat,
 - c) als Asylberechtigter oder ausländischer Flüchtling ihren Wohnsitz im Inland hat oder
 - d) als Ausländer, dessen Heimatrecht keine diesem Gesetz vergleichbare Regelung kennt,
 - aa) ein unbefristetes Aufenthaltsrecht besitzt oder
 - bb) eine verlängerbare Aufenthaltserlaubnis besitzt und sich dauerhaft rechtmäßig im Inland aufhält.
- (2) In dem Antrag sind die Vornamen anzugeben, die der Antragsteller künftig führen will.

§ 2 Zuständigkeit

- (1) Für die Entscheidung über Anträge nach § 1 sind ausschließlich die Amtsgerichte zuständig, die ihren Sitz am Ort eines Landgerichts haben. Ihr Bezirk umfaßt insoweit den Bezirk des Landgerichts. Haben am Orte des Landgerichts mehrere Amtsgerichte ihren Sitz, so bestimmt die Landesregierung durch Rechtsverordnung das zuständige Amtsgericht, soweit nicht das zuständige Amtsgericht am Sitz des Landgerichts schon allgemein durch Landesrecht bestimmt ist. Die Landesregierung kann auch bestimmen, daß ein Amtsgericht

für die Bezirke mehrerer Landgerichte zuständig ist. Sie kann die Ermächtigungen nach Satz 3 und 4 durch Rechtsverordnung auf die Landesjustizverwaltung übertragen.

(2) Örtlich zuständig ist das Gericht, in dessen Bezirk der Antragsteller seinen Wohnsitz oder, falls ein solcher im Geltungsbereich dieses Gesetzes fehlt, seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat; maßgebend ist der Zeitpunkt, in dem der Antrag eingereicht wird. Ist der Antragsteller Deutscher und hat er im Geltungsbereich dieses Gesetzes weder Wohnsitz noch gewöhnlichen Aufenthalt, so ist das Amtsgericht Schöneberg in Berlin zuständig; es kann die Sache aus wichtigen Gründen an ein anderes Gericht abgeben; die Abgabeverfügung ist für dieses Gericht bindend.

§ 3 Verfahrensfähigkeit, Beteiligte

(1) Für eine geschäftsunfähige Person wird das Verfahren durch den gesetzlichen Vertreter geführt. Der gesetzliche Vertreter bedarf für einen Antrag nach § 1 der Genehmigung des Familiengerichts.

(2) Beteiligte des Verfahrens sind nur

1. der Antragsteller,
2. der Vertreter des öffentlichen Interesses.

(3) Der Vertreter des öffentlichen Interesses in Verfahren nach diesem Gesetz wird von der Landesregierung durch Rechtsverordnung bestimmt.

§ 4 Gerichtliches Verfahren

(1) Auf das gerichtliche Verfahren sind die Vorschriften des Gesetz über das Verfahren in Familiensachen und in den Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit anzuwenden, soweit in diesem Gesetz nichts anderes bestimmt ist.

(2) Das Gericht hört den Antragsteller persönlich an.

(3) Das Gericht darf einem Antrag nach § 1 nur stattgeben, nachdem es die Gutachten von zwei Sachverständigen eingeholt hat, die auf Grund ihrer Ausbildung und ihrer beruflichen Erfahrung mit den besonderen Problemen des Transsexualismus ausreichend vertraut sind. Die Sachverständigen müssen unabhängig voneinander tätig werden; in ihren Gutachten haben sie auch dazu Stellung zu nehmen, ob sich nach den Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft das Zugehörigkeitsempfinden des Antragstellers mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht mehr ändern wird.

(4) Gegen die Entscheidung, durch die einem Antrag nach § 1 stattgegeben wird, steht den Beteiligten die sofortige Beschwerde zu. Die Entscheidung wird erst mit der Rechtskraft wirksam.

§ 5 Offenbarungsverbot

(1) Ist die Entscheidung, durch welche die Vornamen des Antragstellers geändert werden, rechtskräftig, so dürfen die zur Zeit der Entscheidung geführten Vornamen ohne Zustimmung des Antragstellers nicht offenbart oder ausgeforscht werden, es sei denn, daß besondere Gründe des öffentlichen Interesses dies erfordern oder ein rechtliches Interesse glaubhaft gemacht wird.

(2) Der frühere Ehegatte, die Eltern, die Großeltern und die Abkömmlinge des Antragstellers sind nur dann verpflichtet, die neuen Vornamen anzugeben, wenn dies für die Führung öffentlicher Bücher und Register erforderlich ist. Dies gilt nicht für Kinder, die der Antragsteller nach der Rechtskraft der Entscheidung nach § 1 angenommen hat.

(3) In dem Geburtseintrag eines leiblichen Kindes des Antragstellers oder eines Kindes, das der Antragsteller vor der Rechtskraft der Entscheidung nach § 1 angenommen hat, sind bei dem Antragsteller die Vornamen anzugeben, die vor der Rechtskraft der Entscheidung nach § 1 maßgebend waren.

§ 6 Aufhebung auf Antrag

(1) Die Entscheidung, durch welche die Vornamen des Antragstellers geändert worden sind, ist auf seinen Antrag vom Gericht aufzuheben, wenn er sich wieder dem in seinem Geburtseintrag angegebenen Geschlecht als zugehörig empfindet.

(2) Die §§ 2 bis 4 gelten entsprechend. In der Entscheidung ist auch anzugeben, daß der Antragsteller künftig wieder die Vornamen führt, die er zur Zeit der Entscheidung, durch welche seine Vornamen geändert worden sind, geführt hat. Das Gericht kann auf Antrag des Antragstellers diese Vornamen ändern, wenn dies aus schwerwiegenden Gründen zum Wohl des Antragstellers erforderlich ist.

§ 7 Unwirksamkeit

(1) Die Entscheidung, durch welche die Vornamen des Antragstellers geändert worden sind, wird unwirksam, wenn

1. nach Ablauf von dreihundert Tagen nach der Rechtskraft der Entscheidung ein Kind des Antragstellers geboren wird, mit dem Tag der Geburt des Kindes, oder
2. bei einem nach Ablauf von dreihundert Tagen nach der Rechtskraft der Entscheidung geborenen Kind die Abstammung von dem Antragsteller anerkannt oder gerichtlich festgestellt wird, mit dem Tag, an dem die Anerkennung wirksam oder die Feststellung rechtskräftig wird, oder
3. der Antragsteller eine Ehe schließt, mit der Abgabe der Erklärung nach § 1310 Abs. 1 des Bürgerlichen Gesetzbuchs.

(2) Der Antragsteller führt künftig wieder die Vornamen, die er zur Zeit der Entscheidung, durch die seine Vornamen geändert worden sind, geführt hat. Diese Vornamen sind

1. im Fall des Absatzes 1 Nr. 1 und 2 in das Geburtenregister,
2. im Fall des Absatzes 1 Nr. 3 in das Eheregister einzutragen.

(3) In Fällen des Absatzes 1 Nr. 1 kann das Gericht die Vornamen des Antragstellers auf dessen Antrag wieder in die Vornamen ändern, die er bis zum Unwirksamwerden der Entscheidung geführt hat, wenn festgestellt ist, daß das Kind nicht von dem Antragsteller abstammt, oder aus sonstigen schwerwiegenden Gründen anzunehmen ist, daß der Antragsteller sich weiter dem nicht seinem Geburtseintrag entsprechenden Geschlecht als zugehörig empfindet. Die §§ 2, 3, 4 Abs. 1, 2 und 4 sowie § 5 Abs. 1 gelten entsprechend.

Zweiter Abschnitt Feststellung der Geschlechtszugehörigkeit

§ 8 Voraussetzungen

(1) Auf Antrag einer Person, die sich auf Grund ihrer transsexuellen Prägung nicht mehr dem in ihrem Geburtseintrag angegebenen, sondern dem anderen Geschlecht als zugehörig empfindet und die seit mindestens drei Jahren unter dem Zwang steht, ihren Vorstellungen entsprechend zu leben, ist vom Gericht festzustellen, daß sie als dem anderen Geschlecht zugehörig anzusehen ist, wenn sie

1. die Voraussetzungen des § 1 Abs. 1 Nr. 1 bis 3 erfüllt,
2. (weggefallen)
3. dauernd fortpflanzungsunfähig ist und 4. sich einem ihre äußeren Geschlechtsmerkmale verändernden operativen Eingriff unterzogen hat, durch den eine deutliche Annäherung an das Erscheinungsbild des anderen Geschlechts erreicht worden ist.

(2) In dem Antrag sind die Vornamen anzugeben, die der Antragsteller künftig führen will; dies ist nicht erforderlich, wenn seine Vornamen bereits auf Grund von § 1 geändert worden sind.

Fußnote

(+++ § 8 Abs. 1 Nr. 2: Nicht anwendbar bis zum Inkrafttreten einer gesetzlichen Neuregelung gem. Beschluss des BVerfGE v. 27.5.2008 - 1 BvL 10/05 - +++)

(+++ § 8 Abs. 1 Nr. 3 u. 4: Nach Maßgabe der Entscheidungsformel mit GG unvereinbar und bis zum Inkrafttreten einer gesetzlichen Neuregelung nicht anwendbar gem. BVerfGE v. 11.1.2011 I 224 - 1 BvR 3295/07 - +++)

§ 8 Abs. 1 Nr. 1: Nach Maßgabe der Entscheidungsformel mit d. GG unvereinbar und daher nichtig, BVerfGE v. 16.3.1982 I 619 - 1 BvR 938/81 -

§ 9 Gerichtliches Verfahren

(1) Kann dem Antrag nur deshalb nicht stattgegeben werden, weil der Antragsteller sich einem seine äußeren Geschlechtsmerkmale verändernden operativen Eingriff noch nicht unterzogen

hat oder noch nicht dauernd fortpflanzungsunfähig ist, so stellt das Gericht dies vorab fest. Gegen die Entscheidung steht den Beteiligten die sofortige Beschwerde zu.

(2) Ist die Entscheidung nach Absatz 1 Satz 1 unanfechtbar und sind die dort genannten Hinderungsgründe inzwischen entfallen, so trifft das Gericht die Entscheidung nach § 8. Dabei ist es an seine Feststellungen in der Entscheidung nach Absatz 1 Satz 1 gebunden.

(3) Die §§ 2 bis 4 und 6 gelten entsprechend; die Gutachten sind auch darauf zu erstrecken, ob die Voraussetzungen nach § 8 Abs. 1 Nr. 3 und 4 vorliegen. In der Entscheidung auf Grund von § 8 und in der Endentscheidung nach Absatz 2 sind auch die Vornamen des Antragstellers zu ändern, es sei denn, daß diese bereits auf Grund von § 1 geändert worden sind.

§ 10 Wirkungen der Entscheidung

(1) Von der Rechtskraft der Entscheidung an, daß der Antragsteller als dem anderen Geschlecht zugehörig anzusehen ist, richten sich seine vom Geschlecht abhängigen Rechte und Pflichten nach dem neuen Geschlecht, soweit durch Gesetz nichts anderes bestimmt ist.

(2) § 5 gilt sinngemäß.

§ 11 Eltern-Kind-Verhältnis

Die Entscheidung, daß der Antragsteller als dem anderen Geschlecht zugehörig anzusehen ist, läßt das Rechtsverhältnis zwischen dem Antragsteller und seinen Eltern sowie zwischen dem Antragsteller und seinen Kindern unberührt, bei angenommenen Kindern jedoch nur, soweit diese vor Rechtskraft der Entscheidung als Kind angenommen worden sind. Gleiches gilt im Verhältnis zu den Abkömmlingen dieser Kinder.

§ 12 Renten und vergleichbare wiederkehrende Leistungen

(1) Die Entscheidung, daß der Antragsteller als dem anderen Geschlecht zugehörig anzusehen ist, läßt seine bei Rechtskraft der Entscheidung bestehenden Ansprüche auf Renten und vergleichbare wiederkehrende Leistungen unberührt. Bei einer sich unmittelbar anschließenden Leistung aus demselben Rechtsverhältnis ist, soweit es hierbei auf das Geschlecht ankommt, weiter von den Bewertungen auszugehen, die den Leistungen bei Rechtskraft der Entscheidung zugrunde gelegen haben.

(2) Ansprüche auf Leistung aus der Versicherung oder Versorgung eines früheren Ehegatten werden durch die Entscheidung, daß der Antragsteller als dem anderen Geschlecht zugehörig anzusehen ist, nicht begründet.

Dritter Abschnitt Änderung von Gesetzen

§§ 13 bis 15 (weggefallen)

-

Vierter Abschnitt Übergangs- und Schlußvorschriften

§ 16 Übergangsvorschrift

(1) Ist vor Inkrafttreten dieses Gesetzes auf Grund des § 47 des Personenstandsgesetzes wirksam angeordnet, daß die Geschlechtsangabe im Geburtseintrag einer Person zu ändern ist, weil diese Person nunmehr als dem anderen Geschlecht zugehörig anzusehen ist, so gelten auch für diese Person die §§ 10 bis 12 dieses Gesetzes sowie § 61 Abs. 4 und § 65a Abs. 2 des Personenstandsgesetzes in der Fassung des § 15 Nr. 2 und 4 dieses Gesetzes.

(2) Ist die Person im Zeitpunkt der gerichtlichen Anordnung verheiratet gewesen und ist ihre Ehe nicht inzwischen für nichtig erklärt, aufgehoben oder geschieden worden, so gilt die Ehe mit dem Inkrafttreten dieses Gesetzes als aufgelöst. Die Folgen der Auflösung bestimmen sich nach den Vorschriften über die Scheidung.

(3) Hat eine Person vor Inkrafttreten dieses Gesetzes bei dem nach § 50 des Personenstandsgesetzes zuständigen Gericht beantragt anzuordnen, daß die Geschlechtsangabe in ihrem Geburtseintrag zu ändern ist, weil diese Person nunmehr als dem anderen Geschlecht zugehörig anzusehen ist, und ist eine wirksame Anordnung bei Inkrafttreten des Gesetzes noch nicht ergangen, so hat das damit befaßte Gericht die Sache an das nach § 9 Abs. 3 in Verbindung mit § 2 dieses Gesetzes zuständige Gericht abzugeben; für das weitere Verfahren gelten die Vorschriften dieses Gesetzes.

§ 17 Berlin-Klausel

Dieses Gesetz gilt nach Maßgabe des § 13 Abs. 1 des Dritten Überleitungsgesetzes auch im Land Berlin.

§ 18 Inkrafttreten

§ 2 Abs. 1 Satz 3 bis 5, § 3 Abs. 3 und § 9 Abs. 3 Satz 1, soweit er auf § 2 Abs. 1 Satz 3 bis 5 und § 3 Abs. 3 verweist, treten am Tage nach der Verkündung in Kraft. Im übrigen tritt das Gesetz am 1. Januar 1981 in Kraft.

3 - ITALIA

Norme in materia di rettificazione di attribuzione di sesso - 14 de abril de 1982

19-4-1982 - GAZZETTA UFFICIALE DELLA REPUBBLICA ITALIANA - N. 106

2879

LEGGI E DECRETI

LEGGE 14 aprile 1982, n. 164.

Norme in materia di rettificazione di attribuzione di sesso.

La Camera dei deputati ed il Senato della Repubblica hanno approvato;

IL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA

PROMULGA

la seguente legge:

Art. 1.

La rettificazione di cui all'articolo 454 del codice civile si fa anche in forza di sentenza del tribunale passata in giudicato che attribuisca ad una persona sesso diverso da quello enunciato nell'atto di nascita a seguito di intervenute modificazioni dei suoi caratteri sessuali.

Art. 2.

La domanda di rettificazione di attribuzione di sesso di cui all'articolo 1 è proposta con ricorso al tribunale del luogo dove ha residenza l'attore.

Il presidente del tribunale designa il giudice istruttore e fissa con decreto la data per la trattazione del ricorso e il termine per la notificazione al coniuge e ai figli.

Al giudizio partecipa il pubblico ministero ai sensi dell'articolo 70 del codice di procedura civile.

Quando è necessario, il giudice istruttore dispone con ordinanza l'acquisizione di consulenza intesa ad accertare le condizioni psico-sessuali dell'interessato.

Con la sentenza che accoglie la domanda di rettificazione di attribuzione di sesso il tribunale ordina all'ufficiale di stato civile del comune dove fu compilato l'atto di nascita di effettuare la rettificazione nel relativo registro.

Art. 3.

Il tribunale, quando risulta necessario un adeguamento dei caratteri sessuali da realizzare mediante trattamento medico-chirurgico, lo autorizza con sentenza.

In tal caso il tribunale, accertata la effettuazione del trattamento autorizzato, dispone la rettificazione in camera di consiglio.

Art. 4.

La sentenza di rettificazione di attribuzione di sesso non ha effetto retroattivo. Essa provoca lo scioglimento del matrimonio o la cessazione degli effetti civili conseguenti alla trascrizione del matrimonio celebrato con rito religioso. Si applicano le disposizioni del codice civile e della legge 1° dicembre 1970, n. 898, e successive modificazioni.

Art. 5.

Le attestazioni di stato civile riferite a persona della quale sia stata giudizialmente rettificata l'attribuzione di sesso sono rilasciate con la sola indicazione del nuovo sesso e nome.

Art. 6.

Nel caso che alla data di entrata in vigore della presente legge l'attore si sia già sottoposto a trattamento medico-chirurgico di adeguamento del sesso, il

ricorso di cui al primo comma dell'articolo 2 deve essere proposto entro il termine di un anno dalla data suddetta.

Si applica la procedura di cui al secondo comma dell'articolo 3.

Art. 7.

L'accoglimento della domanda di rettificazione di attribuzione di sesso estingue i reati cui abbia eventualmente dato luogo il trattamento medico-chirurgico di cui all'articolo precedente.

La presente legge, munita del sigillo dello Stato, sarà inserita nella Raccolta ufficiale delle leggi e dei decreti della Repubblica italiana. E' fatto obbligo a chiunque spetti di osservarla e di farla osservare come legge dello Stato.

Data a Ventimiglia, addì 14 aprile 1982

PERTINI

SPADOLINI — DARIDA —
ROGNONI

Visto, il Guardasigilli: DARIDA

DECRETI MINISTERIALI

MINISTERO DEI TRASPORTI

DECRETO 9 aprile 1982.

Adeguamento dei veicoli in circolazione alle norme contenute nella legge 10 febbraio 1982, n. 38.

IL MINISTRO DEI TRASPORTI

Visto l'art. 4 della legge 10 febbraio 1982, n. 38, che abroga l'art. 31 del testo unico 15 giugno 1959, n. 393, e sostituisce l'art. 30 dello stesso testo unico, imponendo, fra l'altro, per le macchine operatrici ed i carrelli il limite costruttivo di 40 km/h se montate su pneumatici e di 15 km/h se montate su cingoli;

Visto l'art. 5 della legge 10 febbraio 1982, n. 38, con il quale è stato sostituito l'art. 32 del testo unico 15 giugno 59, n. 393, già modificato dalla legge 15 febbraio 1974, n. 38, e dall'art. 3 della legge 5 maggio 1976, n. 313;

Visto l'art. 6 della legge 10 febbraio 1982, n. 38, con il quale è stato sostituito l'art. 33 del testo unico 15 giugno 1959, n. 393, già modificato dall'art. 4 della legge 5 maggio 1976, n. 313;

Visto l'art. 13 della legge 10 febbraio 1982, n. 38, che demanda al Ministro dei trasporti di stabilire la procedura ed i termini per l'adeguamento dei veicoli in circolazione alle norme contenute nella legge stessa;

Considerato che, rispetto alla normativa in atto alla data di entrata in vigore della legge 10 febbraio 1982, n. 38, le modificazioni introdotte dalla predetta legge sono contenute:

4 – REINO UNIDO

Gender Recognition Act 2004, 2004 CHAPTER 7

An Act to make provision for and in connection with change of gender.

[1st July 2004]

BE IT ENACTED by the Queen’s most Excellent Majesty, by and with the advice and consent of the Lords Spiritual and Temporal, and Commons, in this present Parliament assembled, and by the authority of the same, as follows:—

Applications for gender recognition certificate

1 Applications

- (1) A person of either gender who is aged at least 18 may make an application for a gender recognition certificate on the basis of—
 - (a) living in the other gender, or
 - (b) having changed gender under the law of a country or territory outside the United Kingdom.
- (2) In this Act “the acquired gender”, in relation to a person by whom an application under subsection (1) is or has been made, means—
 - (a) in the case of an application under paragraph (a) of that subsection, the gender in which the person is living, or
 - (b) in the case of an application under paragraph (b) of that subsection, the gender to which the person has changed under the law of the country or territory concerned.
- (3) An application under subsection (1) is to be determined by a Gender Recognition Panel.
- (4) Schedule 1 (Gender Recognition Panels) has effect.

2 Determination of applications

- (1) In the case of an application under section 1(1)(a), the Panel must grant the application if satisfied that the applicant—
 - (a) has or has had gender dysphoria,
 - (b) has lived in the acquired gender throughout the period of two years ending with the date on which the application is made,
 - (c) intends to continue to live in the acquired gender until death, and
 - (d) complies with the requirements imposed by and under section 3.
- (2) In the case of an application under section 1(1)(b), the Panel must grant the application if satisfied—

- (a) that the country or territory under the law of which the applicant has changed gender is an approved country or territory, and
 - (b) that the applicant complies with the requirements imposed by and under section 3.
- (3) The Panel must reject an application under section 1(1) if not required by subsection (1) or (2) to grant it.
- (4) In this Act “approved country or territory” means a country or territory prescribed by order made by the Secretary of State after consulting the Scottish Ministers and the Department of Finance and Personnel in Northern Ireland.

3 Evidence

- (1) An application under section 1(1)(a) must include either—
 - (a) a report made by a registered medical practitioner practising in the field of gender dysphoria and a report made by another registered medical practitioner (who may, but need not, practise in that field), or
 - (b) a report made by a chartered psychologist practising in that field and a report made by a registered medical practitioner (who may, but need not, practise in that field).
- (2) But subsection (1) is not complied with unless a report required by that subsection and made by—
 - (a) a registered medical practitioner, or
 - (b) a chartered psychologist,practising in the field of gender dysphoria includes details of the diagnosis of the applicant’s gender dysphoria.
- (3) And subsection (1) is not complied with in a case where—
 - (a) the applicant has undergone or is undergoing treatment for the purpose of modifying sexual characteristics, or
 - (b) treatment for that purpose has been prescribed or planned for the applicant,unless at least one of the reports required by that subsection includes details of it.
- (4) An application under section 1(1)(a) must also include a statutory declaration by the applicant that the applicant meets the conditions in section 2(1)(b) and (c).
- (5) An application under section 1(1)(b) must include evidence that the applicant has changed gender under the law of an approved country or territory.
- (6) Any application under section 1(1) must include—
 - (a) a statutory declaration as to whether or not the applicant is married,
 - (b) any other information or evidence required by an order made by the Secretary of State, and
 - (c) any other information or evidence which the Panel which is to determine the application may require,

and may include any other information or evidence which the applicant wishes to include.

- (7) The Secretary of State may not make an order under subsection (6)(b) without consulting the Scottish Ministers and the Department of Finance and Personnel in Northern Ireland.
- (8) If the Panel which is to determine the application requires information or evidence under subsection (6)(c) it must give reasons for doing so.

4 Successful applications

- (1) If a Gender Recognition Panel grants an application under section 1(1) it must issue a gender recognition certificate to the applicant.
- (2) Unless the applicant is married, the certificate is to be a full gender recognition certificate.
- (3) If the applicant is married, the certificate is to be an interim gender recognition certificate.
- (4) Schedule 2 (annulment or dissolution of marriage after issue of interim gender recognition certificate) has effect.
- (5) The Secretary of State may, after consulting the Scottish Ministers and the Department of Finance and Personnel in Northern Ireland, specify the content and form of gender recognition certificates.

5 Subsequent issue of full certificates

- (1) A court which—
 - (a) makes absolute a decree of nullity granted on the ground that an interim gender recognition certificate has been issued to a party to the marriage, or
 - (b) (in Scotland) grants a decree of divorce on that ground, must, on doing so, issue a full gender recognition certificate to that party and send a copy to the Secretary of State.
- (2) If an interim gender recognition certificate has been issued to a person and either—
 - (a) the person's marriage is dissolved or annulled (otherwise than on the ground mentioned in subsection (1)) in proceedings instituted during the period of six months beginning with the day on which it was issued, or
 - (b) the person's spouse dies within that period,the person may make an application for a full gender recognition certificate at any time within the period specified in subsection (3) (unless the person is again married).
- (3) That period is the period of six months beginning with the day on which the marriage is dissolved or annulled or the death occurs.

- (4) An application under subsection (2) must include evidence of the dissolution or annulment of the marriage and the date on which proceedings for it were instituted, or of the death of the spouse and the date on which it occurred.
- (5) An application under subsection (2) is to be determined by a Gender Recognition Panel.
- (6) The Panel—
 - (a) must grant the application if satisfied that the applicant is not married, and
 - (b) otherwise must reject it.
- (7) If the Panel grants the application it must issue a full gender recognition certificate to the applicant.

6 Errors in certificates

- (1) Where a gender recognition certificate has been issued to a person, the person or the Secretary of State may make an application for a corrected certificate on the ground that the certificate which has been issued contains an error.
- (2) If the certificate was issued by a court the application is to be determined by the court but in any other case it is to be determined by a Gender Recognition Panel.
- (3) The court or Panel—
 - (a) must grant the application if satisfied that the gender recognition certificate contains an error, and
 - (b) otherwise must reject it.
- (4) If the court or Panel grants the application it must issue a corrected gender recognition certificate to the applicant.

7 Applications: supplementary

- (1) An application to a Gender Recognition Panel under section 1(1), 5(2) or 6(1) must be made in a form and manner specified by the Secretary of State after consulting the Scottish Ministers and the Department of Finance and Personnel in Northern Ireland.
- (2) The applicant must pay to the Secretary of State a non-refundable fee of an amount prescribed by order made by the Secretary of State unless the application is made in circumstances in which, in accordance with provision made by the order, no fee is payable; and fees of different amounts may be prescribed for different circumstances.

8 Appeals etc.

- (1) An applicant to a Gender Recognition Panel under section 1(1), 5(2) or 6(1) may appeal to the High Court or Court of Session on a point of law against a decision by the Panel to reject the application.
- (2) An appeal under subsection (1) must be heard in private if the applicant so requests.
- (3) On such an appeal the court must—

- (a) allow the appeal and issue the certificate applied for,
 - (b) allow the appeal and refer the matter to the same or another Panel for re-consideration, or
 - (c) dismiss the appeal.
- (4) If an application under section 1(1) is rejected, the applicant may not make another application before the end of the period of six months beginning with the date on which it is rejected.
- (5) If an application under section 1(1), 5(2) or 6(1) is granted but the Secretary of State considers that its grant was secured by fraud, the Secretary of State may refer the case to the High Court or Court of Session.
- (6) On a reference under subsection (5) the court—
- (a) must either quash or confirm the decision to grant the application, and
 - (b) if it quashes it, must revoke the gender recognition certificate issued on the grant of the application and may make any order which it considers appropriate in consequence of, or otherwise in connection with, doing so.

Consequences of issue of gender recognition certificate etc.

9 General

- (1) Where a full gender recognition certificate is issued to a person, the person's gender becomes for all purposes the acquired gender (so that, if the acquired gender is the male gender, the person's sex becomes that of a man and, if it is the female gender, the person's sex becomes that of a woman).
- (2) Subsection (1) does not affect things done, or events occurring, before the certificate is issued; but it does operate for the interpretation of enactments passed, and instruments and other documents made, before the certificate is issued (as well as those passed or made afterwards).
- (3) Subsection (1) is subject to provision made by this Act or any other enactment or any subordinate legislation.

10 Registration

- (1) Where there is a UK birth register entry in relation to a person to whom a full gender recognition certificate is issued, the Secretary of State must send a copy of the certificate to the appropriate Registrar General.
- (2) In this Act "UK birth register entry", in relation to a person to whom a full gender recognition certificate is issued, means—
- (a) an entry of which a certified copy is kept by a Registrar General, or
 - (b) an entry in a register so kept,

containing a record of the person's birth or adoption (or, if there would otherwise be more than one, the most recent).

(3) "The appropriate Registrar General" means whichever of—

- (a) the Registrar General for England and Wales,
- (b) the Registrar General for Scotland, or
- (c) the Registrar General for Northern Ireland,

keeps a certified copy of the person's UK birth register entry or the register containing that entry.

(4) Schedule 3 (provisions about registration) has effect.

11 Marriage

Schedule 4 (amendments of marriage law) has effect.

12 Parenthood

The fact that a person's gender has become the acquired gender under this Act does not affect the status of the person as the father or mother of a child.

13 Social security benefits and pensions

Schedule 5 (entitlement to benefits and pensions) has effect.

14 Discrimination

Schedule 6 (amendments of Sex Discrimination Act 1975 (c. 65) and Sex Discrimination (Northern Ireland) Order 1976 (S.I. 1976/1042 (N.I. 15))) has effect.

15 Succession etc.

The fact that a person's gender has become the acquired gender under this Act does not affect the disposal or devolution of property under a will or other instrument made before the appointed day.

16 Peerages etc.

The fact that a person's gender has become the acquired gender under this Act—

- (a) does not affect the descent of any peerage or dignity or title of honour, and
- (b) does not affect the devolution of any property limited (expressly or not) by a will or other instrument to devolve (as nearly as the law permits) along with any peerage or dignity or title of honour unless an intention that it should do so is expressed in the will or other instrument.

17 Trustees and personal representatives

- (1) A trustee or personal representative is not under a duty, by virtue of the law relating to trusts or the administration of estates, to enquire, before conveying or distributing any property, whether a full gender recognition certificate has been issued to any person or revoked (if that fact could affect entitlement to the property).
- (2) A trustee or personal representative is not liable to any person by reason of a conveyance or distribution of the property made without regard to whether a full gender recognition certificate has been issued to any person or revoked if the trustee or personal representative has not received notice of the fact before the conveyance or distribution.
- (3) This section does not prejudice the right of a person to follow the property, or any property representing it, into the hands of another person who has received it unless that person has purchased it for value in good faith and without notice.

18 Orders where expectations defeated

- (1) This section applies where the disposition or devolution of any property under a will or other instrument (made on or after the appointed day) is different from what it would be but for the fact that a person's gender has become the acquired gender under this Act.
- (2) A person may apply to the High Court or Court of Session for an order on the ground of being adversely affected by the different disposition or devolution of the property.
- (3) The court may, if it is satisfied that it is just to do so, make in relation to any person benefiting from the different disposition or devolution of the property such order as it considers appropriate.
- (4) An order may, in particular, make provision for—
 - (a) the payment of a lump sum to the applicant,
 - (b) the transfer of property to the applicant,
 - (c) the settlement of property for the benefit of the applicant,
 - (d) the acquisition of property and either its transfer to the applicant or its settlement for the benefit of the applicant.
- (5) An order may contain consequential or supplementary provisions for giving effect to the order or for ensuring that it operates fairly as between the applicant and the other person or persons affected by it; and an order may, in particular, confer powers on trustees.

19 Sport

- (1) A body responsible for regulating the participation of persons as competitors in an event or events involving a gender-affected sport may, if subsection (2) is satisfied, prohibit or restrict the participation as competitors in the event or events of persons whose gender has become the acquired gender under this Act.
- (2) This subsection is satisfied if the prohibition or restriction is necessary to secure—

- (a) fair competition, or
 - (b) the safety of competitors,at the event or events.
- (3) “Sport” means a sport, game or other activity of a competitive nature.
- (4) A sport is a gender-affected sport if the physical strength, stamina or physique of average persons of one gender would put them at a disadvantage to average persons of the other gender as competitors in events involving the sport.
- (5) This section does not affect—
 - (a) section 44 of the Sex Discrimination Act 1975 (c. 65) (exception from Parts 2 to 4 of that Act for acts related to sport), or
 - (b) Article 45 of the Sex Discrimination (Northern Ireland) Order 1976 (S.I. 1976/1042 (N.I. 15)) (corresponding provision for Northern Ireland).

20 Gender-specific offences

- (1) Where (apart from this subsection) a relevant gender-specific offence could be committed or attempted only if the gender of a person to whom a full gender recognition certificate has been issued were not the acquired gender, the fact that the person’s gender has become the acquired gender does not prevent the offence being committed or attempted.
- (2) An offence is a “relevant gender-specific offence” if—
 - (a) either or both of the conditions in subsection (3) are satisfied, and
 - (b) the commission of the offence involves the accused engaging in sexual activity.
- (3) The conditions are—
 - (a) that the offence may be committed only by a person of a particular gender, and
 - (b) that the offence may be committed only on, or in relation to, a person of a particular gender,and the references to a particular gender include a gender identified by reference to the gender of the other person involved.

21 Foreign gender change and marriage

- (1) A person’s gender is not to be regarded as having changed by reason only that it has changed under the law of a country or territory outside the United Kingdom.
- (2) Accordingly, a person is not to be regarded as being married by reason of having entered into a foreign post-recognition marriage.
- (3) But if a full gender recognition certificate is issued to a person who has entered into a foreign post-recognition marriage, after the issue of the certificate the marriage is no longer to be regarded as being void on the ground that (at the time when it was entered into) the parties to it were not respectively male and female.

- (4) However, subsection (3) does not apply to a foreign post-recognition marriage if a party to it has entered into a later (valid) marriage before the issue of the full gender recognition certificate.
- (5) For the purposes of this section a person has entered into a foreign postrecognition marriage if (and only if)—
 - (a) the person has entered into a marriage in accordance with the law of a country or territory outside the United Kingdom,
 - (b) before the marriage was entered into the person had changed gender under the law of that or any other country or territory outside the United Kingdom,
 - (c) the other party to the marriage was not of the gender to which the person had changed under the law of that country or territory, and
 - (d) by virtue of subsection (1) the person's gender was not regarded as having changed under the law of any part of the United Kingdom.
- (6) Nothing in this section prevents the exercise of any enforceable Community right.

Supplementary

22 Prohibition on disclosure of information

- (1) It is an offence for a person who has acquired protected information in an official capacity to disclose the information to any other person.
- (2) "Protected information" means information which relates to a person who has made an application under section 1(1) and which—
 - (a) concerns that application or any application by the person under section 5(2) or 6(1), or
 - (b) if the application under section 1(1) is granted, otherwise concerns the person's gender before it becomes the acquired gender.
- (3) A person acquires protected information in an official capacity if the person acquires it—
 - (a) in connection with the person's functions as a member of the civil service, a constable or the holder of any other public office or in connection with the functions of a local or public authority or of a voluntary organisation,
 - (b) as an employer, or prospective employer, of the person to whom the information relates or as a person employed by such an employer or prospective employer, or
 - (c) in the course of, or otherwise in connection with, the conduct of business or the supply of professional services.
- (4) But it is not an offence under this section to disclose protected information relating to a person if—
 - (a) the information does not enable that person to be identified,
 - (b) that person has agreed to the disclosure of the information,

- (c) the information is protected information by virtue of subsection (2)(b) and the person by whom the disclosure is made does not know or believe that a full gender recognition certificate has been issued,
 - (d) the disclosure is in accordance with an order of a court or tribunal,
 - (e) the disclosure is for the purpose of instituting, or otherwise for the purposes of, proceedings before a court or tribunal,
 - (f) the disclosure is for the purpose of preventing or investigating crime,
 - (g) the disclosure is made to the Registrar General for England and Wales, the Registrar General for Scotland or the Registrar General for Northern Ireland,
 - (h) the disclosure is made for the purposes of the social security system or a pension scheme,
 - (i) the disclosure is in accordance with provision made by an order under subsection (5), or
 - (j) the disclosure is in accordance with any provision of, or made by virtue of, an enactment other than this section.
- (5) The Secretary of State may by order make provision prescribing circumstances in which the disclosure of protected information is not to constitute an offence under this section.
- (6) The power conferred by subsection (5) is exercisable by the Scottish Ministers (rather than the Secretary of State) where the provision to be made is within the legislative competence of the Scottish Parliament.
- (7) An order under subsection (5) may make provision permitting—
- (a) disclosure to specified persons or persons of a specified description,
 - (b) disclosure for specified purposes,
 - (c) disclosure of specified descriptions of information, or
 - (d) disclosure by specified persons or persons of a specified description.
- (8) A person guilty of an offence under this section is liable on summary conviction to a fine not exceeding level 5 on the standard scale.

23 Power to modify statutory provisions

- (1) The Secretary of State may by order make provision for modifying the operation of any enactment or subordinate legislation in relation to—
- (a) persons whose gender has become the acquired gender under this Act, or
 - (b) any description of such persons.
- (2) The power conferred by subsection (1) is exercisable by the Scottish Ministers (rather than the Secretary of State) where the provision to be made is within the legislative competence of the Scottish Parliament.

- (3) The appropriate Northern Ireland department may by order make provision for modifying the operation of any enactment or subordinate legislation which deals with a transferred matter in relation to—
 - (a) persons whose gender has become the acquired gender under this Act, or
 - (b) any description of such persons.
- (4) In subsection (3)—
 - “the appropriate Northern Ireland department”, in relation to any enactment or subordinate legislation which deals with a transferred matter, means the Northern Ireland department which has responsibility for that matter,
 - “deals with” is to be construed in accordance with section 98(2) and (3) of the Northern Ireland Act 1998 (c. 47), and
 - “transferred matter” has the meaning given by section 4(1) of that Act.
- (5) Before an order is made under this section, appropriate consultation must be undertaken with persons likely to be affected by it.

24 Orders and regulations

- (1) Any power of the Secretary of State, the Chancellor of the Exchequer, the Scottish Ministers or a Northern Ireland department to make an order under this Act includes power to make any appropriate incidental, supplementary, consequential or transitional provision or savings.
- (2) Any power of the Secretary of State, the Chancellor of the Exchequer or the Scottish Ministers to make an order under this Act, and any power of the Registrar General for England and Wales or the Registrar General for Scotland to make regulations under this Act, is exercisable by statutory instrument.
- (3) No order may be made under section 2 or paragraph 11 of Schedule 3 unless a draft of the statutory instrument containing the order has been laid before, and approved by a resolution of, each House of Parliament.
- (4) A statutory instrument containing an order made by the Secretary of State under section 7, 22 or 23 is subject to annulment in pursuance of a resolution of either House of Parliament.
- (5) A statutory instrument containing an order made by the Scottish Ministers under section 22 or 23 is subject to annulment in pursuance of a resolution of the Scottish Parliament.
- (6) Any power of a Northern Ireland department to make an order or regulations under this Act is exercisable by statutory rule for the purposes of the Statutory Rules (Northern Ireland) Order 1979 (S.I. 1979/1573 (N.I. 12)).
- (7) Orders and regulations made by a Northern Ireland department under this Act are subject to negative resolution (within the meaning of section 41(6) of the Interpretation Act (Northern Ireland) 1954 (c. 33 (N.I.))).

25 Interpretation

In this Act—

- “the acquired gender” is to be construed in accordance with section 1(2),
- “approved country or territory” has the meaning given by section 2(4),
- “the appointed day” means the day appointed by order under section 26,
- “chartered psychologist” means a person for the time being listed in the British Psychological Society’s Register of Chartered Psychologists,
- “enactment” includes an enactment contained in an Act of the Scottish Parliament or in any Northern Ireland legislation,
- “full gender recognition certificate” and “interim gender recognition certificate” mean the certificates issued as such under section 4 or 5 and
- “gender recognition certificate” means either of those sorts of certificate,
- “gender dysphoria” means the disorder variously referred to as gender dysphoria, gender identity disorder and transsexualism,
- “Gender Recognition Panel” (and “Panel”) is to be construed in accordance with Schedule 1,
- “subordinate legislation” means an Order in Council, an order, rules, regulations, a scheme, a warrant, bye-laws or any other instrument made under an enactment, and
- “UK birth register entry” has the meaning given by section 10(2).

26 Commencement

Apart from sections 23 to 25, this section and sections 28 and 29, this Act does not come into force until such day as the Secretary of State may appoint by order made after consulting the Scottish Ministers and the Department of Finance and Personnel in Northern Ireland.

27 Applications within two years of commencement

- (1) This section applies where applications are made under section 1(1)(a) during the period of two years beginning with the appointed day (“the initial period”).
- (2) Section 2(1)(a) has effect as if there were inserted at the end “or has undergone surgical treatment for the purpose of modifying sexual characteristics,”.
- (3) In the case of an application which—
 - (a) is made during the first six months of the initial period, or
 - (b) is made during the rest of the initial period and is based on the applicant having undergone surgical treatment for the purpose of modifying sexual characteristics,section 2(1)(b) has effect as if for “two” there were substituted “six”.

- (4) Subsections (5) and (6) apply in the case of an application to which subsection (3) applies and in the case of an application—
 - (a) made during the rest of the initial period,
 - (b) based on the applicant having or having had gender dysphoria, and
 - (c) including a statutory declaration by the applicant that the applicant has lived in the acquired gender throughout the period of six years ending with the date on which the application is made.
- (5) Section 3 has effect as if for subsections (1) to (3) there were substituted—
 - “(1) An application under section 1(1)(a) must include either—
 - (a) a report made by a registered medical practitioner, or
 - (b) a report made by a chartered psychologist practising in the field of gender dysphoria.
 - (2) Where the application is based on the applicant having or having had gender dysphoria—
 - (a) the reference in subsection (1) to a registered medical practitioner is to one practising in the field of gender dysphoria, and
 - (b) that subsection is not complied with unless the report includes details of the diagnosis of the applicant’s gender dysphoria.
 - (3) Subsection (1) is not complied with in a case where—
 - (a) the applicant has undergone or is undergoing treatment for the purpose of modifying sexual characteristics, or
 - (b) treatment for that purpose has been prescribed or planned for the applicant, unless the report required by that subsection includes details of it.”
- (6) Paragraph 4(2) of Schedule 1 has effect with the omission of paragraph (b).

28 Extent

- (1) The following provisions extend only to England and Wales—
 - (a) Part 1 of Schedule 2,
 - (b) Part 1 of Schedule 3, and
 - (c) Part 1 of Schedule 4.
- (2) The following provisions extend only to Scotland—
 - (a) section 24(5),
 - (b) Part 2 of Schedule 2,
 - (c) Part 2 of Schedule 3, and
 - (d) Part 2 of Schedule 4.
- (3) The following provisions extend only to England and Wales and Scotland—
 - (a) paragraphs 12, 14 and 16 of Schedule 5, and
 - (b) Part 1 of Schedule 6.

- (4) The following provisions extend only to Northern Ireland—
 - (a) section 23(3) and (4),
 - (b) section 24(6) and (7),
 - (c) Part 3 of Schedule 2,
 - (d) Part 3 of Schedule 3,
 - (e) Part 3 of Schedule 4,
 - (f) paragraphs 13, 15 and 17 of Schedule 5, and
 - (g) Part 2 of Schedule 6.
- (5) Subject to subsections (1) to (4), this Act extends to Northern Ireland (as well as to England and Wales and Scotland).

29 Short title

This Act may be cited as the Gender Recognition Act 2004.

5 - ESPANHA

LEY 3/2007, de 15 de marzo, reguladora de la rectificación registral de la mención relativa al sexo de las personas.

JUAN CARLOS I

REY DE ESPAÑA

A todos los que la presente vieren y entendieren.

Sabed: Que las Cortes Generales han aprobado y Yo vengo en sancionar la siguiente ley.

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

La presente Ley tiene por objeto regular los requisitos necesarios para acceder al cambio de la inscripción relativa al sexo de una persona en el Registro Civil, cuando dicha inscripción no se corresponde con su verdadera identidad de género. Contempla también el cambio del nombre propio para que no resulte discordante con el sexo reclamado.

La transexualidad, considerada como un cambio de la identidad de género, ha sido ampliamente estudiada ya por la medicina y por la psicología. Se trata de una realidad social que requiere una respuesta del legislador, para que la inicial asignación registral del sexo y del nombre propio puedan ser modificadas, con la finalidad de garantizar el libre desarrollo de la personalidad y la dignidad de las personas cuya identidad de género no se corresponde con el sexo con el que inicialmente fueron inscritas.

De acuerdo con la regulación que se establece en esta Ley, la rectificación registral del sexo y el cambio del nombre se dirigen a constatar como un hecho cierto el cambio ya producido de la identidad de género, de manera que queden garantizadas la seguridad jurídica y las exigencias del interés general. Para ello, dicho cambio de identidad habrá de acreditarse debidamente, y la rectificación registral se llevará a cabo de acuerdo con la regulación de los expedientes gubernativos del Registro Civil.

Mediante esta Ley España se suma a aquellos países de nuestro entorno que cuentan con una legislación específica que da cobertura y seguridad jurídica a la necesidad de la persona transexual, adecuadamente diagnosticada, de ver corregida la inicial asignación registral de su sexo, asignación contradictoria con su identidad de género, así como a ostentar un nombre que no resulte discordante con su identidad.

Por último, se reforma mediante esta Ley el artículo 54 de la Ley del Registro Civil de 8 de junio de 1957. Para garantizar el derecho de las personas a la libre elección del nombre propio, se deroga la prohibición de inscribir como nombre propio los diminutivos o variantes familiares y coloquiales que no hayan alcanzado sustantividad.

Artículo 1. *Legitimación.*

1. Toda persona de nacionalidad española, mayor de edad y con capacidad suficiente para ello, podrá solicitar la rectificación de la mención registral del sexo.

La rectificación del sexo conllevará el cambio del nombre propio de la persona, a efectos de que no resulte discordante con su sexo registral.

2. Asimismo, la persona interesada podrá incluir en la solicitud la petición del traslado total del folio registral.

Artículo 2. *Procedimiento.*

1. La rectificación de la mención registral del sexo se tramitará y acordará con sujeción a las disposiciones de esta Ley, de acuerdo con las normas establecidas en la Ley del Registro Civil, de 8 de junio de 1957, para los expedientes gubernativos.

En la solicitud de rectificación registral se deberá incluir la elección de un nuevo nombre propio, salvo cuando la persona quiera conservar el que ostente y éste no sea contrario a los requisitos establecidos en la Ley del Registro Civil.

2. No son de aplicación en el expediente para la rectificación de la mención registral del sexo:

- a) La regla primera del artículo 97 de la Ley del Registro Civil.
- b) El párrafo segundo del artículo 218 del Reglamento del Registro Civil.
- c) Los párrafos tercero y cuarto del artículo 349 del Reglamento del Registro Civil.

Artículo 3. *Autoridad competente.*

La competencia para conocer de las solicitudes de rectificación registral de la mención del sexo corresponderá al Encargado del Registro Civil del domicilio del solicitante.

Artículo 4. *Requisitos para acordar la rectificación.*

1. La rectificación registral de la mención del sexo se acordará una vez que la persona solicitante acredite:

- a) Que le ha sido diagnosticada disforia de género.

La acreditación del cumplimiento de este requisito se realizará mediante informe de médico o psicólogo clínico, colegiados en España o cuyos títulos hayan sido reconocidos u homologados en España, y que deberá hacer referencia:

1. A la existencia de disonancia entre el sexo morfológico o género fisiológico inicialmente inscrito y la identidad de género sentida por el solicitante o sexo psicosocial, así como la estabilidad y persistencia de esta disonancia.

2. A la ausencia de trastornos de personalidad que pudieran influir, de forma determinante, en la existencia de la disonancia reseñada en el punto anterior.

b) Que ha sido tratada médicamente durante al menos dos años para acomodar sus características físicas a las correspondientes al sexo reclamado. La acreditación del cumpli-

miento de este requisito se efectuará mediante informe del médico colegiado bajo cuya dirección se haya realizado el tratamiento o, en su defecto, mediante informe de un médico forense especializado.

2. No será necesario para la concesión de la rectificación registral de la mención del sexo de una persona que el tratamiento médico haya incluido cirugía de reasignación sexual. Los tratamientos médicos a los que se refiere la letra b) del apartado anterior no serán un requisito necesario para la concesión de la rectificación registral cuando concurren razones de salud o edad que imposibiliten su seguimiento y se aporte certificación médica de tal circunstancia.

Artículo 5. Efectos.

1. La resolución que acuerde la rectificación de la mención registral del sexo tendrá efectos constitutivos a partir de su inscripción en el Registro Civil.

2. La rectificación registral permitirá a la persona ejercer todos los derechos inherentes a su nueva condición.

3. El cambio de sexo y nombre acordado no alterará la titularidad de los derechos y obligaciones jurídicas que pudieran corresponder a la persona con anterioridad a la inscripción del cambio registral.

Artículo 6. Notificación del cambio registral de sexo.

1. El Encargado del Registro Civil notificará de oficio el cambio de sexo y de nombre producido a las autoridades y organismos que reglamentariamente se determine.

2. El cambio de sexo y nombre obligará a quien lo hubiere obtenido a solicitar la emisión de un nuevo documento nacional de identidad ajustado a la inscripción registral rectificadora. En todo caso se conservará el mismo número del documento nacional de identidad.

3. La nueva expedición de documentos con fecha anterior a la rectificación registral se realizará a petición del interesado, su representante legal o persona autorizada por aquel, debiendo garantizarse en todo caso por las autoridades, organismos e instituciones que los expidieron en su momento la adecuada identificación de la persona a cuyo favor se expidan los referidos documentos, mediante la oportuna impresión en el duplicado del documento del mismo número de documento nacional de identidad o la misma clave registral que figure en el original.

Artículo 7. Publicidad.

No se dará publicidad sin autorización especial de la rectificación registral de la mención relativa al sexo de la persona.

Disposición adicional primera. *Adición de un apartado 3 al artículo 7 de la Ley 14/2006, de 26 de mayo, sobre técnicas de reproducción humana asistida.*

Se modifica el artículo 7 de la Ley 14/2006, de 26 de mayo, sobre Técnicas de reproducción humana asistida, que queda redactado como sigue:

«Artículo 7. *Filiación de los hijos nacidos mediante técnicas de reproducción asistida.*

1. La filiación de los nacidos con las técnicas de reproducción asistida se regulará por las leyes civiles, a salvo de las especificaciones establecidas en los tres siguientes artículos.

2. En ningún caso, la inscripción en el Registro Civil reflejará datos de los que se pueda inferir el carácter de la generación.

3. Cuando la mujer estuviere casada, y no separada legalmente o de hecho, con otra mujer, esta última podrá manifestar ante el Encargado del Registro Civil del domicilio conyugal, que consiente en que cuando nazca el hijo de su cónyuge, se determine a su favor la filiación respecto del nacido.»

Disposición adicional segunda. *Reexpedición de títulos o documentos.*

A efectos de abono de tasas por reexpedición de los títulos o documentos, la rectificación de la mención del sexo en el Registro Civil no se considera causa atribuible a la persona interesada.

Disposición transitoria única. *Exoneración de la acreditación de requisitos para la rectificación de la mención registral del sexo.*

La persona que, mediante informe de médico colegiado o certificado del médico del Registro Civil, acredite haber sido sometida a cirugía de reasignación sexual con anterioridad a la entrada en vigor de esta Ley, quedará exonerada de acreditar los requisitos previstos por el artículo 4.1.

Disposición final primera. *Título competencial.*

Esta Ley se dicta en ejercicio de las competencias exclusivas del Estado recogidas en el artículo 149.1. 8.^a de la Constitución.

Disposición final segunda. *Modificación de la Ley del Registro Civil, de 8 de junio de 1957.*

La Ley del Registro Civil, de 8 de junio de 1957, queda modificada como sigue:

Uno. El primer párrafo del artículo 6 quedará redactado de la siguiente forma:

«El Registro es público para quienes tengan interés en conocer los asientos, con las excepciones que prevean ésta u otras leyes.»

Dos. El segundo párrafo del artículo 15 quedará redactado de la siguiente forma:

«En todo caso se inscribirán los hechos ocurridos fuera de España, cuando las correspondientes inscripciones deban servir de base a inscripciones exigidas por el derecho español.»

Tres. El segundo párrafo del artículo 54 queda redactado como sigue:

«Quedan prohibidos los nombres que objetivamente perjudiquen a la persona, los que hagan confusa la identificación y los que induzcan a error en cuanto al sexo.»

Cuatro. El artículo 93.2.º queda redactado como sigue:

«2.º La indicación equivocada del sexo cuando igualmente no haya duda sobre la identidad del nacido por las demás circunstancias, así como la mención registral relativa al sexo de las personas en los casos de disforia de género.»

Disposición final tercera. *Desarrollo reglamentario.*

El Gobierno, a propuesta del Ministro de Justicia, dictará las disposiciones necesarias para el desarrollo y ejecución de esta Ley.

Disposición final cuarta. *Modificación de la Ley 84/1978, de 28 de diciembre, por la que se regula la tasa por expedición del Documento Nacional de Identidad.*

El número 2 del artículo 4 de la Ley 84/1978, de 28 de diciembre, queda redactado como sigue:

«Quienes hubieran de renovar preceptivamente su documento durante el plazo de vigencia del mismo, por cambio de domicilio o de datos filiatorios, o por cualquier circunstancia no imputable al interesado.»

Disposición final quinta. *Entrada en vigor.*

La presente Ley entrará en vigor el día siguiente al de su publicación en el «Boletín Oficial del Estado».

Por tanto.

Mando a todos los españoles, particulares y autoridades, que guarden y hagan guardar esta Ley.

Madrid, 15 de marzo de 2007.

JUAN CARLOS R.

El Presidente del Gobierno,
JOSÉ LUIS RODRÍGUEZ ZAPATERO

ANEXO III – LEGISLAÇÃO NÃO EUROPEIA

1 – AUSTRÁLIA

Sex Discrimination Act 1984 No. 4, 1984 as amended

Compilation start date: 1 August 2013

Includes amendments up to: Act No 98, 2013

An Act relating to discrimination on the ground of sex, sexual orientation, gender identity, intersex status, marital or relationship status, pregnancy, potential pregnancy, breastfeeding or family responsibilities or involving sexual harassment

Recognising the need to prohibit, so far as is possible, discrimination against people on the ground of sex, sexual orientation, gender identity, intersex status, marital or relationship status, pregnancy or potential pregnancy, breastfeeding or family responsibilities in the areas of work, accommodation, education, the provision of goods, facilities and services, the disposal of land, the activities of clubs and the administration of Commonwealth laws and programs:

Affirming that every individual is equal before and under the law, and has the right to the equal protection and equal benefit of the law, without discrimination on the ground of sex, sexual orientation, gender identity, intersex status, marital or relationship status, pregnancy or potential pregnancy, breastfeeding or family responsibilities:

Part I—Preliminary

1 Short title

This Act may be cited as the *Sex Discrimination Act 1984*.

2 Commencement

This Act shall come into operation on a day to be fixed by Proclamation.

3 Objects

The objects of this Act are:

- (a) to give effect to certain provisions of the Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women and to provisions of other relevant international instruments; and
- (b) to eliminate, so far as is possible, discrimination against persons on the ground of sex, sexual orientation, gender identity, intersex status, marital or

relationship status, pregnancy or potential pregnancy or breastfeeding in the areas of work, accommodation, education, the provision of goods, facilities and services, the disposal of land, the activities of clubs and the administration of Commonwealth laws and programs; and

- (ba) to eliminate, so far as possible, discrimination on the ground of family responsibilities in the area of work; and
- (c) to eliminate, so far as is possible, discrimination involving sexual harassment in the workplace, in educational institutions and in other areas of public activity; and
- (d) to promote recognition and acceptance within the community of the principle of the equality of men and women.

4 Interpretation

- (1) In this Act, unless the contrary intention appears:

accommodation includes residential and business accommodation.

ACNC type of entity means an entity that meets the description of a type of entity in column 1 of the table in subsection 25-5(5) of the *Australian Charities and Not-for-profits Commission Act 2012*.

administrative office means:

- (a) an office established by, or an appointment made under, a law of the Commonwealth;
- (b) an office established by, or an appointment made under, a law of a Territory;
- (c) an appointment made by the Governor-General or a Minister otherwise than under a law of the Commonwealth or of a Territory (including the Australian Capital Territory and the Northern Territory); and
- (d) an appointment as a director of an incorporated company that is a public authority of the Commonwealth;

but does not include:

- (ea) an office of member of the Assembly, member of the Executive, or Minister within the meaning of the *Australian Capital Territory (Self-Government) Act 1988*;
- (e) an office of member of the Legislative Assembly, member of the Council or Minister of the Territory, within the meaning of the *Northern Territory (Self-Government) Act 1978*;

- (f) an office of member of the Legislative Assembly within the meaning of the *Norfolk Island Act 1979*; or
- (g) an office or appointment in the Australian Public Service.

breastfeeding has a meaning affected by subsections 7AA(3) and (4).

club means an association (whether incorporated or unincorporated) of not less than 30 persons associated together for social, literary, cultural, political, sporting, athletic or other lawful purposes that:

- (a) provides and maintains its facilities, in whole or in part, from the funds of the association; and
- (b) sells or supplies liquor for consumption on its premises.

Commission means the Australian Human Rights Commission.

commission agent means a person who does work for another person as the agent of that other person and who is remunerated, whether in whole or in part, by commission.

Commissioner means the Sex Discrimination Commissioner appointed under section 96.

committee of management, in relation to a club or a registered organisation, means the group or body of persons (however described) that manages the affairs of that club or organisation, as the case may be.

Commonwealth agency means an agency within the meaning of the *Privacy Act 1988*.

Commonwealth employee means a person who:

- (a) is appointed or engaged under the *Public Service Act 1999*;
- (b) holds an administrative office;
- (c) is employed by a public authority of the Commonwealth;
- (d) holds an office or appointment in the Commonwealth Teaching Service or is employed as a temporary employee under the *Commonwealth Teaching Service Act 1972*;
- (e) is employed under the *Australian Security Intelligence Organisation Act 1979*, the *Commonwealth Electoral Act 1918* or the *Naval Defence Act 1910*;
or
- (f) is a member of the Defence Force.

Commonwealth-funded aged care means:

- (a) aged care, within the meaning of the *Aged Care Act 1997*:
 - (i) that is provided by an approved provider, within the meaning of that Act; and
 - (ii) in relation to which the approved provider has responsibilities under that Act; or
- (b) care or services in relation to which a grant has been paid under Chapter 5 of the *Aged Care Act 1997*; or
- (c) care or services of a class prescribed by the regulations for the purpose of this paragraph.

Commonwealth law means:

- (a) an Act, or a regulation, rule, by-law or determination made under or pursuant to an Act;
- (b) an Ordinance of a Territory, or a regulation, rule, by-law or determination made under or pursuant to an Ordinance of a Territory; or
- (c) an order or award made under or pursuant to a law referred to in paragraph (a) or (b).

Commonwealth program means a program conducted by or on behalf of the Commonwealth government.

contract worker means a person who does work for another person pursuant to a contract between the employer of the first-mentioned person and that other person.

de facto partner has the meaning given by the *Acts Interpretation Act 1901*.

Department means an Agency within the meaning of the *Public Service Act 1999*.

disability has the same meaning as in the *Disability Discrimination Act 1992*.

educational authority means a body or person administering an educational institution.

educational institution means a school, college, university or other institution at which education or training is provided.

employment includes:

- (a) part-time and temporary employment;
- (b) work under a contract for services; and
- (c) work as a Commonwealth employee.

employment agency means any person who or body that, whether for payment or not, assists persons to find employment or other work or assists employers to find employees or workers, and includes the Commonwealth Employment Service.

enactment has the same meaning as in the *Australian Human Rights Commission Act 1986*.

family responsibilities has the meaning given by section 4A.

function includes duty.

gender identity means the gender-related identity, appearance or mannerisms or other gender-related characteristics of a person (whether by way of medical intervention or not), with or without regard to the person's designated sex at birth.

institution of tertiary education means a university, college of advanced education, technical and further education institution or other institution at which tertiary education or training is provided.

instrumentality of a State means a body or authority established for a public purpose by a law of a State and includes a technical and further education institution conducted by or on behalf of the government of a State, but does not include any other institution of tertiary education.

intersex status means the status of having physical, hormonal or genetic features that are:

- (a) neither wholly female nor wholly male; or
- (b) a combination of female and male; or
- (c) neither female nor male.

marital or relationship status means a person's status of being any of the following:

- (a) single;
- (b) married;
- (c) married, but living separately and apart from his or her spouse;
- (d) divorced;
- (e) the de facto partner of another person;
- (f) the de facto partner of another person, but living separately and apart from that other person;
- (g) the former de facto partner of another person;

(h) the surviving spouse or de facto partner of a person who has died.

near relative, in relation to a person, means:

- (a) a parent, child, grandparent, grandchild, brother or sister of the person; or
- (b) the spouse or de facto partner of the first-mentioned person or of a person referred to in paragraph (a).

official record of a person's sex means:

- (a) a record of a person's sex in a register of births, deaths and marriages (however described); or
- (b) a document (however described), issued under a law of a State or Territory, the purpose of which is to identify or acknowledge a person's sex.

potential pregnancy has a meaning affected by section 4B.

President means President of the Commission.

principal means:

- (a) in relation to a commission agent—a person for whom the commission agent does work as a commission agent; and
- (b) in relation to a contract worker—a person for whom the contract worker does work pursuant to a contract between the employer of the contract worker and the person.

principal executive, in relation to a Commonwealth agency, has the same meaning as in Part V of the *Privacy Act 1988*.

proposed enactment has the same meaning as in the *Australian Human Rights Commission Act 1986*.

public authority of the Commonwealth means:

- (a) a body incorporated, whether before or after the commencement of this Act, for a public purpose by a law of the Commonwealth or a law of a Territory, being a body corporate employing staff on its own behalf;
- (b) an authority or body, not being a body corporate, established, whether before or after the commencement of this Act, for a public purpose by, or in accordance with the provisions of, a law of the Commonwealth or a law of a Territory, being an authority or body employing staff on its own behalf; or
- (c) an incorporated company over which the Commonwealth, or a body or authority referred to in paragraph (a) or (b), is in a position to exercise control.

registered charity means an entity that is registered under the *Australian Charities and Not-for-profits Commission Act 2012* as the type of entity mentioned in column 1 of item 1 of the table in subsection 25-5(5) of that Act.

registered organisation means an organisation registered, or an association recognised, under the *Fair Work (Registered Organisations) Act 2009*.

relevant international instrument means:

- (a) the Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women done at New York on 18 December 1979 ([1983] ATS 9) (a copy of the English text of which is set out in the Schedule); or
- (b) the International Covenant on Civil and Political Rights done at New York on 16 December 1966 ([1980] ATS 23); or
- (c) the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights done at New York on 16 December 1966 ([1976] ATS 5); or
- (d) the Convention on the Rights of the Child done at New York on 20 November 1989 ([1991] ATS 4); or
- (e) ILO Convention (No. 100) concerning Equal Remuneration for Men and Women Workers for Work of Equal Value done at Geneva on 29 June 1951 ([1975] ATS 45); or
- (f) ILO Convention (No. 111) concerning Discrimination in respect of Employment and Occupation done at Geneva on 25 June 1958 ([1974] ATS 12); or
- (g) ILO Convention (No. 156) concerning Equal Opportunities and Equal Treatment for Men and Women Workers: Workers with Family Responsibilities done at Geneva on 23 June 1981 ([1991] ATS 7); or
- (h) ILO Convention (No. 158) concerning Termination of Employment at the Initiative of the Employer done at Geneva on 22 June 1982 ([1994] ATS 4).

Note: In 2010, the text of a Convention or Covenant in the Australian Treaty Series was accessible through the Australian Treaties Library on the AustLII website (www.austlii.edu.au).

services includes:

- (a) services relating to banking, insurance and the provision of grants, loans, credit or finance;
- (b) services relating to entertainment, recreation or refreshment;
- (c) services relating to transport or travel;
- (d) services of the kind provided by the members of any profession or trade; and

- (e) services of the kind provided by a government, a government authority or a local government body.

sexual orientation means a person's sexual orientation towards:

- (a) persons of the same sex; or
- (b) persons of a different sex; or
- (c) persons of the same sex and persons of a different sex.

State, except in subsections 9(15), (16), (17) and (18), includes the Australian Capital Territory and the Northern Territory.

superannuation benefit, in relation to a member of a superannuation fund, means a benefit that is payable, under the terms and conditions relating to the fund:

- (a) in the event of the member's death—to the estate of the deceased or to someone other than the deceased; or
- (b) in the event of the member's physical or mental incapacity—to the member or to someone other than the member.

superannuation fund means a superannuation or provident fund or scheme.

superannuation fund conditions, in relation to a superannuation fund, means the terms and conditions that relate to membership of, or benefits payable from, the superannuation fund.

surviving spouse or de facto partner of a person who has died means a person who was the person's spouse or de facto partner immediately before the person died.

technical and further education institution has the same meaning as that expression has in the *Employment, Education and Training Act 1988*.

Territory, except in subsections 9(17) and (18), does not include the Australian Capital Territory and the Northern Territory.

voluntary body means an association or other body (whether incorporated or unincorporated) the activities of which are not engaged in for the purpose of making a profit, but does not include:

- (a) a club;
- (b) a registered organisation;
- (c) a body established by a law of the Commonwealth, of a State or of a Territory; or

- (d) an association that provides grants, loans, credit or finance to its members.
- (2) For the purposes of this Act, refusing or failing to do an act shall be deemed to be the doing of an act and a reference to an act includes a reference to a refusal or failure to do an act.

4A Meaning of *family responsibilities*

- (1) In this Act, **family responsibilities**, in relation to a person, means responsibilities of the person to care for or support:
 - (a) a dependent child of the person; or
 - (b) any other immediate family member who is in need of care and support.
- (2) In this section:

child: without limiting who is a child of a person for the purposes of this section, each of the following is the **child** of a person:

- (a) an adopted child, stepchild or exnuptial child of the person;
- (b) someone who is a child of the person within the meaning of the *Family Law Act 1975*.

dependent child means a child who is wholly or substantially dependent on the person.

immediate family member includes:

- (a) a spouse of the person; and
- (b) an adult child, parent, grandparent, grandchild or sibling of the person or of a spouse of the person.

parent: without limiting who is a parent of a person for the purposes of this section, someone is the **parent** of a person if the person is his or her child because of paragraph (b) of the definition of **child** in this subsection.

spouse includes a former spouse, a de facto partner and a former de facto partner.

stepchild: without limiting who is a stepchild of a person for the purposes of this section, someone is the **stepchild** of the person if he or she would be the person's stepchild except that the person is not legally married to the partner.

- (3) For the purposes of this section, if one person is the child of another person because of paragraph (b) of the definition of **child** in subsection (2), relationships

traced to or through the person are to be determined on the basis that the person is the child of the other person.

4B Meaning of *potential pregnancy*

A reference in this Act to potential pregnancy of a woman includes a reference to:

- (a) the fact that the woman is or may be capable of bearing children; or
- (b) the fact that the woman has expressed a desire to become pregnant; or
- (c) the fact that the woman is likely, or is perceived as being likely, to become pregnant.

5 Sex discrimination

- (1) For the purposes of this Act, a person (in this subsection referred to as the ***discriminator***) discriminates against another person (in this subsection referred to as the ***aggrieved person***) on the ground of the sex of the aggrieved person if, by reason of:

- (a) the sex of the aggrieved person;
- (b) a characteristic that appertains generally to persons of the sex of the aggrieved person; or
- (c) a characteristic that is generally imputed to persons of the sex of the aggrieved person;

the discriminator treats the aggrieved person less favourably than, in circumstances that are the same or are not materially different, the discriminator treats or would treat a person of a different sex.

- (2) For the purposes of this Act, a person (the ***discriminator***) discriminates against another person (the ***aggrieved person***) on the ground of the sex of the aggrieved person if the discriminator imposes, or proposes to impose, a condition, requirement or practice that has, or is likely to have, the effect of disadvantaging persons of the same sex as the aggrieved person.

- (3) This section has effect subject to sections 7B and 7D.

5A Discrimination on the ground of sexual orientation

- (1) For the purposes of this Act, a person (the ***discriminator***) discriminates against another person (the ***aggrieved person***) on the ground of the aggrieved person's sexual orientation if, by reason of:

- (a) the aggrieved person's sexual orientation; or

(b) a characteristic that appertains generally to persons who have the same sexual orientation as the aggrieved person; or

(c) a characteristic that is generally imputed to persons who have the same sexual orientation as the aggrieved person;

the discriminator treats the aggrieved person less favourably than, in circumstances that are the same or are not materially different, the discriminator treats or would treat a person who has a different sexual orientation.

(2) For the purposes of this Act, a person (the **discriminator**) discriminates against another person (the **aggrieved person**) on the ground of the aggrieved person's sexual orientation if the discriminator imposes, or proposes to impose, a condition, requirement or practice that has, or is likely to have, the effect of disadvantaging persons who have the same sexual orientation as the aggrieved person.

(3) This section has effect subject to sections 7B and 7D.

5B Discrimination on the ground of gender identity

(1) For the purposes of this Act, a person (the **discriminator**) discriminates against another person (the **aggrieved person**) on the ground of the aggrieved person's gender identity if, by reason of:

(a) the aggrieved person's gender identity; or

(b) a characteristic that appertains generally to persons who have the same gender identity as the aggrieved person; or

(c) a characteristic that is generally imputed to persons who have the same gender identity as the aggrieved person;

the discriminator treats the aggrieved person less favourably than, in circumstances that are the same or are not materially different, the discriminator treats or would treat a person who has a different gender identity.

(2) For the purposes of this Act, a person (the **discriminator**) discriminates against another person (the **aggrieved person**) on the ground of the aggrieved person's gender identity if the discriminator imposes, or proposes to impose, a condition, requirement or practice that has, or is likely to have, the effect of disadvantaging persons who have the same gender identity as the aggrieved person.

(3) This section has effect subject to sections 7B and 7D.

5C Discrimination on the ground of intersex status

- (1) For the purposes of this Act, a person (the **discriminator**) discriminates against another person (the **aggrieved person**) on the ground of the aggrieved person's intersex status if, by reason of:
- (a) the aggrieved person's intersex status; or
 - (b) a characteristic that appertains generally to persons of intersex status; or
 - (c) a characteristic that is generally imputed to persons of intersex status;
- the discriminator treats the aggrieved person less favourably than, in circumstances that are the same or are not materially different, the discriminator treats or would treat a person who is not of intersex status.
- (2) For the purposes of this Act, a person (the **discriminator**) discriminates against another person (the **aggrieved person**) on the ground of the aggrieved person's intersex status if the discriminator imposes, or proposes to impose, a condition, requirement or practice that has, or is likely to have, the effect of disadvantaging persons of intersex status.
- (3) This section has effect subject to sections 7B and 7D.

6 Discrimination on the ground of marital or relationship status

- (1) For the purposes of this Act, a person (in this subsection referred to as the **discriminator**) discriminates against another person (in this subsection referred to as the **aggrieved person**) on the ground of the marital or relationship status of the aggrieved person if, by reason of:
- (a) the marital or relationship status of the aggrieved person; or
 - (b) a characteristic that appertains generally to persons of the marital or relationship status of the aggrieved person; or
 - (c) a characteristic that is generally imputed to persons of the marital or relationship status of the aggrieved person;
- the discriminator treats the aggrieved person less favourably than, in circumstances that are the same or are not materially different, the discriminator treats or would treat a person of a different marital or relationship status.
- (2) For the purposes of this Act, a person (the **discriminator**) discriminates against another person (the **aggrieved person**) on the ground of the marital or relationship status of the aggrieved person if the discriminator imposes, or proposes to impose, a condition, requirement or practice that has, or is likely to have, the ef-

fect of disadvantaging persons of the same marital or relationship status as the aggrieved person.

- (3) This section has effect subject to sections 7B and 7D.

7 Discrimination on the ground of pregnancy or potential pregnancy

- (1) For the purposes of this Act, a person (the **discriminator**) discriminates against a woman (the **aggrieved woman**) on the ground of the aggrieved woman's pregnancy or potential pregnancy if, because of:

- (a) the aggrieved woman's pregnancy or potential pregnancy; or
- (b) a characteristic that appertains generally to women who are pregnant or potentially pregnant; or
- (c) a characteristic that is generally imputed to women who are pregnant or potentially pregnant;

the discriminator treats the aggrieved woman less favourably than, in circumstances that are the same or are not materially different, the discriminator treats or would treat someone who is not pregnant or potentially pregnant.

- (2) For the purposes of this Act, a person (the **discriminator**) discriminates against a woman (the **aggrieved woman**) on the ground of the aggrieved woman's pregnancy or potential pregnancy if the discriminator imposes, or proposes to impose, a condition, requirement or practice that has, or is likely to have, the effect of disadvantaging women who are pregnant or potentially pregnant.

- (3) This section has effect subject to sections 7B and 7D.

7AA Discrimination on the ground of breastfeeding

- (1) For the purposes of this Act, a person (the **discriminator**) discriminates against a woman (the **aggrieved woman**) on the ground of the aggrieved woman's breastfeeding if, by reason of:

- (a) the aggrieved woman's breastfeeding; or
- (b) a characteristic that appertains generally to women who are breastfeeding; or
- (c) a characteristic that is generally imputed to women who are breastfeeding;

the discriminator treats the aggrieved woman less favourably than, in circumstances that are the same or are not materially different, the discriminator treats or would treat someone who is not breastfeeding.

- (2) For the purposes of this Act, a person (the **discriminator**) discriminates against a woman (the **aggrieved woman**) on the ground of the aggrieved woman's breast-

feeding if the discriminator imposes, or proposes to impose, a condition, requirement or practice that has, or is likely to have, the effect of disadvantaging women who are breastfeeding.

- (3) To avoid doubt, a reference in this Act to **breastfeeding** includes the act of expressing milk.
- (4) To avoid doubt, a reference in this Act to **breastfeeding** includes:
 - (a) an act of breastfeeding; and
 - (b) breastfeeding over a period of time.
- (5) This section has effect subject to sections 7B and 7D.

7A Discrimination on the ground of family responsibilities

For the purposes of this Act, an employer discriminates against an employee on the ground of the employee's family responsibilities if:

- (a) the employer treats the employee less favourably than the employer treats, or would treat, a person without family responsibilities in circumstances that are the same or not materially different; and
- (b) the less favourable treatment is by reason of:
 - (i) the family responsibilities of the employee; or
 - (ii) a characteristic that appertains generally to persons with family responsibilities; or
 - (iii) a characteristic that is generally imputed to persons with family responsibilities.

7B Indirect discrimination: reasonableness test

- (1) A person does not discriminate against another person by imposing, or proposing to impose, a condition, requirement or practice that has, or is likely to have, the disadvantaging effect mentioned in subsection 5(2), 5A(2), 5B(2), 5C(2), 6(2), 7(2) or 7AA(2) if the condition, requirement or practice is reasonable in the circumstances.
- (2) The matters to be taken into account in deciding whether a condition, requirement or practice is reasonable in the circumstances include:
 - (a) the nature and extent of the disadvantage resulting from the imposition, or proposed imposition, of the condition, requirement or practice; and
 - (b) the feasibility of overcoming or mitigating the disadvantage; and

- (c) whether the disadvantage is proportionate to the result sought by the person who imposes, or proposes to impose, the condition, requirement or practice.

7C Burden of proof

In a proceeding under this Act, the burden of proving that an act does not constitute discrimination because of section 7B lies on the person who did the act.

7D Special measures intended to achieve equality

- (1) A person may take special measures for the purpose of achieving substantive equality between:
 - (a) men and women; or
 - (aa) people who have different sexual orientations; or
 - (ab) people who have different gender identities; or
 - (ac) people who are of intersex status and people who are not; or
 - (b) people who have different marital or relationship statuses; or
 - (c) women who are pregnant and people who are not pregnant; or
 - (d) women who are potentially pregnant and people who are not potentially pregnant; or
 - (e) women who are breastfeeding and people who are not breastfeeding; or
 - (f) people with family responsibilities and people without family responsibilities.
- (2) A person does not discriminate against another person under section 5, 5A, 5B, 5C, 6, 7, 7AA or 7A by taking special measures authorised by subsection (1).
- (3) A measure is to be treated as being taken for a purpose referred to in subsection (1) if it is taken:
 - (a) solely for that purpose; or
 - (b) for that purpose as well as other purposes, whether or not that purpose is the dominant or substantial one.
- (4) This section does not authorise the taking, or further taking, of special measures for a purpose referred to in subsection (1) that is achieved.

8 Act done for 2 or more reasons

A reference in subsection 5(1), 5A(1), 5B(1), 5C(1), 6(1), 7(1) or 7AA(1) or section 7A to the doing of an act by reason of a particular matter includes a reference to the doing of such an act by reason of 2 or more matters that include the particu-

lar matter, whether or not the particular matter is the dominant or substantial reason for the doing of the act.

9 Application of Act

(1) In this section:

Australia includes the external Territories.

prescribed provisions of Division 3 of Part II means the provisions of Division 3 of Part II other than sections 28D and 28L.

prescribed provisions of Part II means the provisions of Divisions 1 and 2 of Part II other than sections 19, 26 and 27.

(2) Subject to this section, this Act applies throughout Australia.

(3) This Act has effect in relation to acts done within a Territory.

(4) The prescribed provisions of Part II, and the prescribed provisions of Division 3 of Part II, have effect as provided by subsection (3) of this section and the following provisions of this section and not otherwise.

(5) Sections 14, 15, 16 and 28B have effect in relation to discrimination against, and sexual harassment of:

- (a) Commonwealth employees in connection with their employment as Commonwealth employees; and
- (b) persons seeking to become Commonwealth employees.

(6) Sections 18 and 28C has effect in relation to discrimination by an authority or body in the exercise of a power under a Commonwealth law to confer, renew, extend, revoke or withdraw an authorization or qualification.

(7) The prescribed provisions of Part II have effect in relation to acts done, by or on behalf of:

- (a) the Commonwealth or the Administration of a Territory; or
- (b) a body or authority established for a public purpose by a law of the Commonwealth or a law of a Territory;

in the exercise of a power conferred by a law of the Commonwealth or a law of a Territory.

(8) The prescribed provisions of Division 3 of Part II have effect in relation to acts done by a person exercising, by or on behalf of:

- (a) the Commonwealth or the Administration of a Territory; or

- (b) a body or authority established for a public purpose by a law of the Commonwealth or a law of a Territory;
- a power conferred by a law of the Commonwealth or a law of a Territory, being acts done by the person in connection with the exercise of that power.
- (9) The prescribed provisions of Division 3 of Part II have effect in relation to acts done by or in relation to a person who is a Commonwealth employee in connection with the person's duties as a Commonwealth employee or done by or in relation to a person who is a member of the staff of an educational institution established by a law of the Commonwealth or a law of a Territory in connection with the person's duties as a member of the staff of such an educational institution.
- (10) The prescribed provisions of Part II, and the prescribed provisions of Division 3 of Part II, have effect to the extent that the provisions give effect to a relevant international instrument.
- (11) The prescribed provisions of Part II have effect in relation to discrimination by a foreign corporation, or a trading or financial corporation formed within the limits of the Commonwealth, or by or in relation to a person in the course of the person's duties or purported duties as an officer or employee of such a corporation.
- (12) The prescribed provisions of Division 3 of Part II have effect in relation to acts done, by or in relation to a person who is an officer or employee of a foreign corporation, or of a trading or financial corporation formed within the limits of the Commonwealth, in connection with the person's duties as such an officer or employee.
- (13) Without prejudice to the effect of subsection (11), the prescribed provisions of Part II have effect in relation to discrimination by a trading or financial corporation formed within the limits of the Commonwealth, or by or in relation to a person in the course of the person's duties or purported duties as an officer or employee of such a corporation, to the extent that the discrimination takes place in the course of the trading activities of the trading corporation or the financial activities of the financial corporation, as the case may be.
- (14) Without prejudice to the effect of subsection (12), the prescribed provisions of Division 3 of Part II have effect in relation to acts done, by or in relation to a person who is an officer or employee of a trading or financial corporation formed within the limits of the Commonwealth, in connection with any of the person's duties as such an officer or employee that relate to the trading activities of the trading

corporation or the financial activities of the financial corporation, as the case may be.

- (15) The prescribed provisions of Part II have effect in relation to discrimination in the course of, or in relation to, the carrying on of the business of:
 - (a) banking, other than State banking not extending beyond the limits of the State concerned; or
 - (b) insurance, other than State insurance not extending beyond the limits of the State concerned.
- (16) The prescribed provisions of Division 3 of Part II have effect in relation to acts done in the course of, or in relation to, the carrying on of the business of:
 - (a) banking, other than State banking not extending beyond the limits of the State concerned; or
 - (b) insurance, other than State insurance not extending beyond the limits of the State concerned.
- (17) The prescribed provisions of Part II have effect in relation to discrimination in the course of, or in relation to, trade or commerce:
 - (a) between Australia and a place outside Australia;
 - (b) among the States;
 - (c) between a State and a Territory; or
 - (d) between 2 Territories.
- (18) The prescribed provisions of Division 3 of Part II have effect in relation to acts done in the course of, or in relation to, trade or commerce:
 - (a) between Australia and a place outside Australia;
 - (b) among the States;
 - (c) between a State and a Territory; or
 - (d) between 2 Territories.
- (19) The prescribed provisions of Part II have effect in relation to discrimination within Australia involving persons or things, or matters arising, outside Australia.
- (20) The prescribed provisions of Division 3 of Part II have effect in relation to acts done within Australia involving persons or things, or matters arising, outside Australia.
- (21) The prescribed provisions of Division 3 of Part II have effect in relation to acts done using a postal, telegraphic, telephonic or other like service (within the meaning of paragraph 51(v) of the Constitution).

10 Operation of State and Territory laws

- (1) A reference in this section to this Act is a reference to this Act as it has effect by virtue of any of the provisions of section 9 other than subsection 9(10).
- (2) A reference in this section to a law of a State or Territory is a reference to a law of a State or Territory that deals with discrimination on the ground of sex, discrimination on the ground of sexual orientation, discrimination on the ground of gender identity, discrimination on the ground of intersex status, discrimination on the ground of marital or relationship status, discrimination on the ground of pregnancy or potential pregnancy, discrimination on the ground of breastfeeding or discrimination on the ground of family responsibilities.
- (3) This Act is not intended to exclude or limit the operation of a law of a State or Territory that is capable of operating concurrently with this Act.
- (4) Where:
 - (a) a law of a State or Territory deals with a matter dealt with by this Act; and
 - (b) a person has made a complaint, instituted a proceeding or taken any other action under that law in respect of an act or omission in respect of which the person would, but for this subsection, have been entitled to make a complaint under the *Australian Human Rights Commission Act 1986* alleging that the act or omission is unlawful under a provision of Part II of this Act;the person is not entitled to make a complaint or institute a proceeding under the *Australian Human Rights Commission Act 1986* alleging that the act or omission is unlawful under a provision of Part II of this Act.
- (5) Where:
 - (a) a law of a State or Territory deals with a matter dealt with by this Act; and
 - (b) an act or omission by a person that constitutes an offence against that law also constitutes an offence against this Act;the person may be prosecuted and convicted either under that law of the State or Territory or under this Act, but nothing in this subsection renders a person liable to be punished more than once in respect of the same act or omission.

11 Operation of State and Territory laws that further objects of relevant international instruments

- (1) A reference in this section to this Act is a reference to this Act as it has effect by virtue of subsection 9(10).

- (2) A reference in this section to a law of a State or Territory is a reference to a law of a State or Territory that deals with discrimination on the ground of sex, discrimination on the ground of sexual orientation, discrimination on the ground of gender identity, discrimination on the ground of intersex status, discrimination on the ground of marital or relationship status, discrimination on the ground of pregnancy or potential pregnancy, discrimination on the ground of breastfeeding or discrimination on the ground of family responsibilities.
- (3) This Act is not intended to exclude or limit the operation of a law of a State or Territory that furthers the objects of a relevant international instrument and is capable of operating concurrently with this Act.
- (4) Where:
 - (a) a law of a State or Territory that furthers the objects of a relevant international instrument deals with a matter dealt with by this Act; and
 - (b) a person has made a complaint, instituted a proceeding or taken any other action under that law in respect of an act or omission in respect of which the person would, but for this subsection, have been entitled to make a complaint under the *Australian Human Rights Commission Act 1986* alleging that the act or omission is unlawful under a provision of Part II of this Act;the person is not entitled to make a complaint or institute a proceeding under the *Australian Human Rights Commission Act 1986* alleging that the act or omission is unlawful under a provision of Part II of this Act.
- (5) Where:
 - (a) a law of a State or Territory that furthers the objects of a relevant international instrument deals with a matter dealt with by this Act; and
 - (b) an act or omission by a person that constitutes an offence against that law also constitutes an offence against this Act;the person may be prosecuted and convicted either under that law of the State or Territory or under this Act, but nothing in this subsection renders a person liable to be punished more than once in respect of the same act or omission.

12 Extent to which Act binds the Crown

- (1) This Act binds the Crown in right of the Commonwealth and of Norfolk Island but, except as otherwise expressly provided by this Act, does not bind the Crown in right of a State.
- (2) Nothing in this Act renders the Crown in right of the Commonwealth, of a State or of Norfolk Island liable to be prosecuted for an offence.

13 Extent to which Act applies to State instrumentalities

- (1) Section 14 does not apply in relation to employment by an instrumentality of a State.
- (2) Section 28B does not apply in relation to an act done by an employee of a State or of an instrumentality of a State.

13A Application of the *Criminal Code*

Chapter 2 of the *Criminal Code* applies to all offences against this Act.

Note: Chapter 2 of the *Criminal Code* sets out the general principles of criminal responsibility.

(...)

2 – ÁFRICA DO SUL

ALTERATION OF SEX DESCRIPTION AND SEX STATUS ACT, 2003 (Act No. 49 of 2003)

ACT

To provide for the alteration of the sex description of certain individuals in certain circumstances; and to amend the Births and Deaths Registration Act, 1992, as a consequence; and to provide for matters incidental thereto.

BE IT ENACTED by the Parliament of the Republic of South Africa, as follows:---

Definitions

1. In this Act, unless the context indicates otherwise—

“gender characteristics” means the ways in which a person expresses his or her social identity as a member of a particular sex by using style of dressing, the wearing of prostheses or other means;

“gender reassignment” means a process which is undertaken for the purpose of reassigning a person’s sex by changing physiological or other sexual characteristics, and includes any part of such a process;

“intersexed”, with reference to a person, means a person whose congenital sexual differentiation is atypical, to whatever degree;

“medical practitioner” means a person providing health services in terms of any law, including in terms of the—

(a) Allied Health Professions Act, 1982 (Act No. 63 of 1982);

(b) Health Professions Act, 1974 (Act No. 56 of 1974);

(c) Nursing Act, 1978 (Act No. 50 of 1978);

(d) Pharmacy Act, 1974 (Act No. 53 of 1974);

(e) Dental Technicians Act, 1979 (Act No. 19 of 1979); and

(f) Mental Health Care Act, 2002 (Act No. 17 of 2002);

“primary sexual characteristics” means the form of the genitalia at birth;

“secondary sexual characteristics” means those which develop throughout life and which are dependant upon the hormonal base of the individual person;

“sexual characteristics” means primary or secondary sexual characteristics or gender characteristics.

Application for alteration of sex description

2. (1) Any person whose sexual characteristics have been altered by surgical or medical treatment or by evolvement through natural development resulting in gender reassignment, or any person who is intersexed may apply to the Director-General of the National Department of Home Affairs for the alteration of the sex description on his or her birth register.

(2) An application contemplated in subsection (1) must—

- (a) be accompanied by the birth certificate of the applicant;
- (b) in the case of a person whose sexual characteristics have been altered by surgical or medical treatment resulting in gender reassignment, be accompanied by reports stating the nature and results of any procedures carried out and any treatment applied prepared by the medical practitioners who carried out the procedures and applied the treatment or by a medical practitioner with experience in the carrying out of such procedures and the application of such treatment;
- (c) in every case in which sexual characteristics have been altered resulting in gender reassignment, be accompanied by a report, prepared by a medical practitioner other than the one contemplated in paragraph (b) who has medically examined the applicant in order to establish his or her sexual characteristics; and
- (d) in the case of a person who is intersexed, be accompanied by—
 - (i) a report prepared by a medical practitioner corroborating that the applicant is intersexed; and
 - (ii) a report prepared by a qualified psychologist or social worker corroborating that the applicant is living and has lived stably and satisfactorily, for an unbroken period of at least two years, in the gender role corresponding to the sex description under which he or she seeks to be registered.

(3) If the Director-General refuses the application contemplated in subsection (1), he or she must furnish the applicant with written reasons for the decision.

(4) If an application contemplated in subsection (1) is refused, the applicant may appeal to the Minister of Home Affairs against the decision taken by the Director-General.

(5) An application contemplated in subsection (4) must be lodged with the Minister within 14 days after the decision of the Director-General was made known and must be accompanied by the documents referred to in subsection (2) and the reasons for the Director-General's refusal.

(6) If an appeal in terms of subsection (4) is refused, the applicant may apply to the magistrate of the district in which he or she resides for an order directing the change of his or her sex description.

(7) An application contemplated in subsection (6) must be accompanied by the documents referred to in subsection (2) and the reasons for the Minister's refusal.

(8) On the date and at the time determined by the magistrate the applicant must appear before the magistrate in chambers and must at the request of the magistrate furnish such additional information and proof as the magistrate may require.

(9) If the application is granted the magistrate must issue an order directing the Director-General to alter the sex description in the birth register of the person named in the order.

(10) An applicant may, on his or her appearance before the magistrate, be assisted by a legal representative.

Order for alteration of sex description

3. (1) If the Director-General grants an application contemplated in section 2 (1) or receives an order from a magistrate in terms of section 2 (9), the Director-General must proceed in terms of section 27A of the Births and Deaths Registration Act, 1992 (Act No. 51 of 1992).

(2) A person whose sex description has been altered, is deemed for all purposes to be a person of the sex description so altered as from the date of the recording of such alteration.

(3) Rights and obligations that have been acquired by or accrued to such a person before the alteration of his or her sex description are not adversely affected by the alteration.

Insertion of section 27A in Act 51 of 1992

4. The following section is hereby inserted in the Births and Deaths Registration Act, 1992, after section 27:

“Alteration of sex description

27A. (1) If the Director-General grants an application or a magistrate issues an order in terms of section 2 of the Alteration of Sex Description and Sex Status Act, 2003, the Director-General shall alter the sex description on the birth register of the person concerned.

(2) An alteration so recorded shall be dated and after the recording of the said alteration the person concerned shall be entitled to be issued with an amended birth certificate.”.

Short Title

5. This Act is called the Alteration of Sex Description and Sex Status Act, 2003.

3 – URUGUAI

Ley Nº 18.620 - DERECHO A LA IDENTIDAD DE GÉNERO Y AL CAMBIO DE NOMBRE Y SEXO EN DOCUMENTOS IDENTIFICATORIOS (2009)

NORMAS

El Senado y la Cámara de Representantes de la República Oriental del Uruguay, reunidos en Asamblea General,

DECRETAN:

Artículo 1º. (Derecho a la identidad de género).- Toda persona tiene derecho al libre desarrollo de su personalidad conforme a su propia identidad de género, con independencia de cuál sea su sexo biológico, genético, anatómico, morfológico, hormonal, de asignación u otro.

Este derecho incluye el de ser identificado de forma que se reconozca plenamente la identidad de género propia y la consonancia entre esta identidad y el nombre y sexo señalado en los documentos identificatorios de la persona, sean las actas del Registro de Estado Civil, los documentos de identidad, electorales, de viaje u otros.

Artículo 2º. (Legitimación).- Toda persona podrá solicitar la adecuación de la mención registral de su nombre, sexo, o ambos, cuando los mismos no coincidan con su identidad de género.

Artículo 3º. (Requisitos).- Se hará lugar a la adecuación registral de la mención del nombre y en su caso del sexo toda vez que la persona solicitante acredite:

- 1) Que el nombre, el sexo -o ambos- consignados en el acta de nacimiento del Registro de Estado Civil son discordantes con su propia identidad de género.
- 2) La estabilidad y persistencia de esta disonancia durante al menos dos años, de acuerdo con los procedimientos establecidos en la presente ley.

En ningún caso se exigirá cirugía de reasignación sexual para la concesión de la adecuación registral de la mención del nombre o del sexo que fuere disonante de la identidad de género de la persona a que se hace referencia en dicho documento.

Cuando la persona haya procedido a la cirugía de reasignación sexual, no le será necesario acreditar el extremo previsto en el numeral 2) del presente artículo.

Artículo 4º. (Procedimiento y competencia).- La adecuación de la mención registral del nombre y del sexo será de iniciativa personal del titular de los mismos.

Producida la adecuación registral, ésta no podrá incoarse nuevamente hasta pasados cinco años, en cuyo caso se vuelve al nombre original.

Se tramitará ante los Juzgados Letrados de Familia, mediante el proceso voluntario previsto por el artículo 406.2 del Código General del Proceso (artículo 69 de la Ley Nº 15.750, de 24 de junio de 1985, con la modificación introducida por el artículo 374 de la Ley Nº 16.320, de 1º de noviembre de 1992).

La presentación de la demanda deberá estar acompañada de un informe técnico del equipo multidisciplinario y especializado en identidad de género y diversidad que se constituirá a estos efectos en la Dirección General del Registro de Estado Civil.

Sin perjuicio de los demás medios de prueba que pudiera aportar el interesado, se tendrá especialmente en cuenta el testimonio de las personas que conocen la forma de vida cotidiana del solicitante y la de los profesionales que lo han atendido desde el punto de vista social, mental y físico.

Una vez recaída la providencia que acoge la solicitud de adecuación, el Juzgado competente oficiará a la Dirección General del Registro de Estado Civil, a la Intendencia Departamental respectiva, a la Dirección Nacional de Identificación Civil del Ministerio del Interior, al Registro Cívico Nacional de la Corte Electoral y a la Dirección General de Registros a fin que se efectúen las correspondientes modificaciones en los documentos identificatorios de la persona así como en los documentos que consignent derechos u obligaciones de la misma. En todos los casos se conservará el mismo número de documento de identidad, pasaporte y credencial cívica.

Artículo 5º. (Efectos).-

- 1) La resolución que autorice la rectificación de la mención registral del nombre y en su caso del sexo, tendrá efectos constitutivos a partir de la fecha en que se haga efectivo dicho cambio en la partida de nacimiento.

Frente a terceros, la inscripción del acto que corresponda registrar en la Dirección General de Registros, será oponible a partir de la fecha de su presentación al Registro.

- 2) En ningún caso alterará la titularidad de los derechos y obligaciones jurídicas de la persona cuyo registro se modifica ni será oponible a terceros de buena fe.
- 3) El cambio registral del sexo permitirá a la persona ejercer todos los derechos inherentes a su nueva condición.
- 4) A los efectos registrales, el cambio de cualquier dato que incida en la identificación del sujeto conforme a esta ley, no implicará el cambio de la titularidad jurídica de los actos inscriptos en la Dirección General de Registros. A estos efectos, el Registro siempre considerará la rectificación como un acto modificativo que deberá vincularse con la inscripción anterior.

Artículo 6º. (Comisión Honoraria contra el Racismo, la Xenofobia y toda otra forma de Discriminación).- La Comisión Honoraria contra el Racismo, la Xenofobia y toda otra forma de Discriminación (Ley Nº 17.817, de 6 de setiembre de 2004) tendrá a su cargo brindar asesoramiento y acompañamiento profesional a las personas que deseen ampararse en esta ley.

Artículo 7º. (Del matrimonio).- Esta ley no modifica el régimen matrimonial vigente regulado por el Código Civil y sus leyes complementarias.

Sala de Sesiones de la Cámara de Senadores, en Montevideo, a 12 de octubre de 2009.

RODOLFO NIN NOVOA,

Presidente.

Hugo Rodríguez Filippini,

Secretario.

MINISTERIO DE EDUCACIÓN Y CULTURA

MINISTERIO DEL INTERIOR

MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES

MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL

MINISTERIO DE TRANSPORTE Y OBRAS PÚBLICAS

MINISTERIO DE INDUSTRIA, ENERGÍA Y MINERÍA

MINISTERIO DE TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

MINISTERIO DE GANADERÍA, AGRICULTURA Y PESCA

MINISTERIO DE TURISMO Y DEPORTE

MINISTERIO DE VIVIENDA, ORDENAMIENTO TERRITORIAL Y MEDIO
AMBIENTE

MINISTERIO DE DESARROLLO SOCIAL

Montevideo, 25 de octubre de 2009.

Cúmplase, acúsese recibo, comuníquese, publíquese e insértese en el Registro Nacional de Leyes y Decretos, la Ley por la que se establecen normas referidas al derecho a la identidad de género y al cambio de nombre y sexo registral.

TABARÉ VÁZQUEZ.

MARÍA SIMON.

JORGE BRUNI.

PEDRO VAZ.

ALVARO GARCÍA.

GONZALO FERNÁNDEZ.

VÍCTOR ROSSI.

RAÚL SENDIC.

JULIO BARAÍBAR.

MARÍA JULIA MUÑOZ.

ANDRÉS BERTERRECHE.

HÉCTOR LESCO.

CARLOS COLACCE.

MARINA ARISMENDI

4 - ARGENTINA

Ley 26.743

Establécese el derecho a la identidad de género de las personas.

Sancionada: Mayo 9 de 2012

Promulgada: Mayo 23 de 2012

El Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina reunidos en Congreso, etc.

sancionan con fuerza de Ley:

ARTICULO 1º — *Derecho a la identidad de género.* Toda persona tiene derecho:

- a) Al reconocimiento de su identidad de género;
- b) Al libre desarrollo de su persona conforme a su identidad de género;
- c) A ser tratada de acuerdo con su identidad de género y, en particular, a ser identificada de ese modo en los instrumentos que acreditan su identidad respecto de el/los nombre/s de pila, imagen y sexo con los que allí es registrada.

ARTICULO 2º — *Definición.* Se entiende por identidad de género a la vivencia interna e individual del género tal como cada persona la siente, la cual puede corresponder o no con el sexo asignado al momento del nacimiento, incluyendo la vivencia personal del cuerpo. Esto puede involucrar la modificación de la apariencia o la función corporal a través de medios farmacológicos, quirúrgicos o de otra índole, siempre que ello sea libremente escogido. También incluye otras expresiones de género, como la vestimenta, el modo de hablar y los modales.

ARTICULO 3º — *Ejercicio.* Toda persona podrá solicitar la rectificación registral del sexo, y el cambio de nombre de pila e imagen, cuando no coincidan con su identidad de género auto-percibida.

ARTICULO 4º — *Requisitos.* Toda persona que solicite la rectificación registral del sexo, el cambio de nombre de pila e imagen, en virtud de la presente ley, deberá observar los siguientes requisitos:

1. Acreditar la edad mínima de dieciocho (18) años de edad, con excepción de lo establecido en el artículo 5º de la presente ley.

2. Presentar ante el Registro Nacional de las Personas o sus oficinas seccionales correspondientes, una solicitud manifestando encontrarse amparada por la presente ley, requiriendo la rectificación registral de la partida de nacimiento y el nuevo documento nacional de identidad correspondiente, conservándose el número original.

3. Expresar el nuevo nombre de pila elegido con el que solicita inscribirse.

En ningún caso será requisito acreditar intervención quirúrgica por reasignación genital total o parcial, ni acreditar terapias hormonales u otro tratamiento psicológico o médico.

ARTICULO 5º — *Personas menores de edad.* Con relación a las personas menores de dieciocho (18) años de edad la solicitud del trámite a que refiere el artículo 4º deberá ser efectuada a través de sus representantes legales y con expresa conformidad del menor, teniendo

en cuenta los principios de capacidad progresiva e interés superior del niño/a de acuerdo con lo estipulado en la Convención sobre los Derechos del Niño y en la Ley 26.061 de protección integral de los derechos de niñas, niños y adolescentes. Asimismo, la persona menor de edad deberá contar con la asistencia del abogado del niño prevista en el artículo 27 de la Ley 26.061.

Cuando por cualquier causa se niegue o sea imposible obtener el consentimiento de alguno/a de los/as representantes legales del menor de edad, se podrá recurrir a la vía sumarísima para que los/as jueces/zas correspondientes resuelvan, teniendo en cuenta los principios de capacidad progresiva e interés superior del niño/a de acuerdo con lo estipulado en la Convención sobre los Derechos del Niño y en la Ley 26.061 de protección integral de los derechos de niñas, niños y adolescentes.

ARTICULO 6° — Trámite. Cumplidos los requisitos establecidos en los artículos 4° y 5°, el/la oficial público procederá, sin necesidad de ningún trámite judicial o administrativo, a notificar de oficio la rectificación de sexo y cambio de nombre de pila al Registro Civil de la jurisdicción donde fue asentada el acta de nacimiento para que proceda a emitir una nueva partida de nacimiento ajustándola a dichos cambios, y a expedirle un nuevo documento nacional de identidad que refleje la rectificación registral del sexo y el nuevo nombre de pila. Se prohíbe cualquier referencia a la presente ley en la partida de nacimiento rectificada y en el documento nacional de identidad expedido en virtud de la misma.

Los trámites para la rectificación registral previstos en la presente ley son gratuitos, personales y no será necesaria la intermediación de ningún gestor o abogado.

ARTICULO 7° — Efectos. Los efectos de la rectificación del sexo y el/los nombre/s de pila, realizados en virtud de la presente ley serán oponibles a terceros desde el momento de su inscripción en el/los registro/s.

La rectificación registral no alterará la titularidad de los derechos y obligaciones jurídicas que pudieran corresponder a la persona con anterioridad a la inscripción del cambio registral, ni las provenientes de las relaciones propias del derecho de familia en todos sus órdenes y grados, las que se mantendrán inmodificables, incluida la adopción.

En todos los casos será relevante el número de documento nacional de identidad de la persona, por sobre el nombre de pila o apariencia morfológica de la persona.

ARTICULO 8° — La rectificación registral conforme la presente ley, una vez realizada, sólo podrá ser nuevamente modificada con autorización judicial.

ARTICULO 9° — Confidencialidad. Sólo tendrán acceso al acta de nacimiento originaria quienes cuenten con autorización del/la titular de la misma o con orden judicial por escrito y fundada.

No se dará publicidad a la rectificación registral de sexo y cambio de nombre de pila en ningún caso, salvo autorización del/la titular de los datos. Se omitirá la publicación en los diarios a que se refiere el artículo 17 de la Ley 18.248.

ARTICULO 10. — *Notificaciones.* El Registro Nacional de las Personas informará el cambio de documento nacional de identidad al Registro Nacional de Reincidencia, a la Secretaría del Registro Electoral correspondiente para la corrección del padrón electoral y a los organismos que reglamentariamente se determine, debiendo incluirse aquéllos que puedan tener información sobre medidas precautorias existentes a nombre del interesado.

ARTICULO 11. — *Derecho al libre desarrollo personal.* Todas las personas mayores de dieciocho (18) años de edad podrán, conforme al artículo 1° de la presente ley y a fin de garantizar el goce de su salud integral, acceder a intervenciones quirúrgicas totales y parciales y/o tratamientos integrales hormonales para adecuar su cuerpo, incluida su genitalidad, a su identidad de género autopercebida, sin necesidad de requerir autorización judicial o administrativa.

Para el acceso a los tratamientos integrales hormonales, no será necesario acreditar la voluntad en la intervención quirúrgica de reasignación genital total o parcial. En ambos casos se requerirá, únicamente, el consentimiento informado de la persona. En el caso de las personas menores de edad regirán los principios y requisitos establecidos en el artículo 5° para la obtención del consentimiento informado. Sin perjuicio de ello, para el caso de la obtención del mismo respecto de la intervención quirúrgica total o parcial se deberá contar, además, con la conformidad de la autoridad judicial competente de cada jurisdicción, quien deberá velar por los principios de capacidad progresiva e interés superior del niño o niña de acuerdo con lo estipulado por la Convención sobre los Derechos del Niño y en la Ley 26.061 de protección integral de los derechos de las niñas, niños y adolescentes. La autoridad judicial deberá expedirse en un plazo no mayor de sesenta (60) días contados a partir de la solicitud de conformidad.

Los efectores del sistema público de salud, ya sean estatales, privados o del subsistema de obras sociales, deberán garantizar en forma permanente los derechos que esta ley reconoce.

Todas las prestaciones de salud contempladas en el presente artículo quedan incluidas en el Plan Médico Obligatorio, o el que lo reemplace, conforme lo reglamente la autoridad de aplicación.

ARTICULO 12. — *Trato digno.* Deberá respetarse la identidad de género adoptada por las personas, en especial por niñas, niños y adolescentes, que utilicen un nombre de pila distinto al consignado en su documento nacional de identidad. A su solo requerimiento, el nombre de pila adoptado deberá ser utilizado para la citación, registro, legajo, llamado y cualquier otra gestión o servicio, tanto en los ámbitos públicos como privados.

Cuando la naturaleza de la gestión haga necesario registrar los datos obrantes en el documento nacional de identidad, se utilizará un sistema que combine las iniciales del nombre, el apellido completo, día y año de nacimiento y número de documento y se agregará el nombre de pila elegido por razones de identidad de género a solicitud del interesado/a.

En aquellas circunstancias en que la persona deba ser nombrada en público deberá utilizarse únicamente el nombre de pila de elección que respete la identidad de género adoptada.

ARTICULO 13. — *Aplicación.* Toda norma, reglamentación o procedimiento deberá respetar el derecho humano a la identidad de género de las personas. Ninguna norma, reglamentación o procedimiento podrá limitar, restringir, excluir o suprimir el ejercicio del derecho a la identidad de género de las personas, debiendo interpretarse y aplicarse las normas siempre a favor del acceso al mismo.

ARTICULO 14. — Derógase el inciso 4° del artículo 19 de la Ley 17.132.

ARTICULO 15. — Comuníquese al Poder Ejecutivo Nacional.

DADA EN LA SALA DE SESIONES DEL CONGRESO ARGENTINO, EN BUENOS AIRES,
A LOS NUEVE DIAS DEL MES DE MAYO DEL AÑO DOS MIL DOCE.

— REGISTRADA BAJO EL N° 26.743 —

AMADO BOUDOU. — JULIAN A. DOMINGUEZ. — Gervasio Bozzano. — Juan H. Estrada.

Decreto 773/2012

Promúlgase la Ley N° 26.743.

Bs. As., 23/5/2012

POR TANTO:

Téngase por Ley de la Nación N° 26.743, cúmplase, comuníquese, publíquese, dése a la Dirección Nacional del Registro Oficial y archívese. — FERNANDEZ DE KIRCHNER. — Juan M. Abal Medina. — Aníbal F. Randazzo.

ANEXO IV – ALGUNS TESTES DE AVALIAÇÃO DA PERTURBAÇÃO DE IDENTIDADE DE GÊNERO

1 – *Entrevista* (Monteiro, 2010)

Dados Pessoais

n=

Nome: _____ Data ____ / ____ / ____

Sexo: F ☐ M ☐

Idade: _____ anos

Data de nascimento: ____ / ____ / ____

Habilitações Literárias (GRAFFAR):

- ☐ Ensino Universitário / Equivalente (+12 Anos escolaridade) ☐ Bacharelato ☐ Licenciatura
- ☐ Ensino Médio / Técnico Superior (até 10-12 Anos escolaridade)
- ☐ Ensino Médio / Técnico Inferior (até 8-9 Anos escolaridade)
- ☐ Ensino Primário completo
- ☐ Ensino Primário incompleto / nulo

Nível Profissional (GRAFFAR):

- ☐ Nível 1
- ☐ Nível 2
- ☐ Nível 3
- ☐ Nível 4
- ☐ Nível 5

Profissão: _____

Situação Profissional:

- ☐ Ativo
- ☐ Ativo / Baixa
- ☐ Desempregado
- ☐ Reformado
- ☐ Estudante
- ☐ Outra

Nacionalidade: _____

Naturalidade: _____

Residência atual: _____

Hábitos Tóxicos:

- ☐ Álcool _____
- ☐ Droga _____
- ☐ Tabaco _____
- ☐ Outros _____

Estado Civil:

- ☐ Solteiro
☐ Casado
☐ Viúvo
☐ Separado

Uniões Anteriores:

- ☐ Não
☐ Sim Se sim, quantas? ____

Atualmente, quantos parceiros tem?

- ☐ Nenhum
☐ Um
☐ Dois
☐ Três ou mais

Relacionamento estável:

- ☐ Não
☐ Sim Se sim, especifique: ☐ menos de 1 ano
☐ entre 1 a 3 anos
☐ mais de 3 anos

Existência de filhos:

- ☐ Não
☐ Sim Se sim, quantos? ____ Especificado _____

Dados Familiares

Núcleo Familiar _____

(vive com...)

Pais:

Estado Civil _____

Idade _____

Profissão _____

Irmãos:

N.º de irmãos _____

Posição na fratria _____

Dados Clínicos

Diagnóstico Perturbação da Identidade de Género

- ☐ Não
☐ Sim

Fase do Processo Reatribuição Sexual _____

PRS Avaliação / PRS T. Endo/ O.M. / PRS C.R.S. / interrupção do PRS (especificar em que fase)

Data início PRS __ / __ / ____

Data término PRS __ / __ / ____

Acomp. Psiquiátrico:

☐ Não

☐ Sim

Se sim, especifique? _____

(Diagnóstico / Data início / Duração)

Medicação:

☐ Não

☐ Sim

Se sim, especifique? _____

(incluir medicação Terapêutica Hormonal / Psicotrópicos)

Co-morbilidades:

Intervenção Psicoterapêutica Especificada:

2 – SCL – 90 – R (Derogatis, 1977, 1993)

(Tradução e Adaptação de Ana Galhardo, Paula Castilho e José Pinto Gouveia, 1999) (in Monteiro, 2010)

Nome _____ Data _____

Instruções: A seguir encontra-se uma lista de problemas e queixas médicas que algumas pessoas costumam ter. Leia cuidadosamente cada questão e assinale aquelas que nos últimos 2 anos lhe têm dado cuidados ou preocupações. Não existem respostas “certas” ou “erradas”, nem respostas para dar uma boa impressão: são apenas problemas ou queixas que cada um sentiu ou sente e devem ser consideradas como tal. Estas respostas estão sujeitas a segredo médico. Por favor, não deixe nenhuma questão em branco.

Assinale com uma cruz o número que corresponde à sua resposta:

0 – Nunca 1 – Pouco 2 – Moderadamente 3 – Bastante 4 – Extremamente

Em que medida sofreu das seguintes queixas?

	0	1	2	3	4
1. Dores de cabeça					
2. Nervosismo ou sentir-se a tremer por dentro					
3. Repetidos pensamentos desagradáveis que não lhe saem da cabeça					
4. Desmaios ou tonturas					
5. Perda do interesse ou do prazer sexual					
6. Ter vontade de criticar os outros, mas não o fazer					
7. Ter a ideia de que alguém pode controlar os seus pensamentos					
8. Sentir que os outros são os culpados pela maior parte dos seus problemas					
9. Dificuldade em lembrar-se das coisas					
10. Preocupar-se com o desleixo ou a falta de cuidado					
11. Sentir-se facilmente aborrecido ou irritado					
12. Dores no coração ou no peito					
13. Sentir medo em espaços abertos na rua					
14. Sentir uma diminuição da energia ou lentidão					
15. Pensamentos de acabar com a vida					
16. Ouvir vozes que as outras pessoas não ouvem					
17. Tremor					
18. Sentir que não pode confiar na maioria das pessoas					
19. Falta de apetite					
20. Chorar facilmente					
21. Sentir-se tímido ou nervoso com pessoas do sexo oposto					
22. Sentir-se preso ou apanhado					
23. Medo súbito sem razão					
24. Acessos de cólera que não consegue controlar					
25. Sentir medo de sair de casa sozinho					
26. Culpar-se a si mesmo pelo que acontece					
27. Dores no fundo das costas					
28. Sentir um bloqueio ao fazer as coisas					
29. Sentir-se só					
30. Sentir-se triste					
31. Preocupar-se demasiado com as coisas					
32. Sentir falta de interesse pelas coisas					
33. Sentir-se atemorizado					
34. Sentir-se magoado					
35. Sentir que as outras pessoas conhecem os seus pensamentos					
36. Sentir que os outros são antipáticos ou não o compreendem					

	0	1	2	3	4
37. Sentir que as pessoas não são suas amigas ou não gostam de si					
38. Fazer as coisas muito lentamente para ter a certeza de que são bem feitas					
39. Palpitações ou o coração a bater muito					
40. Náuseas ou enjoos no estômago					
41. Sentir-se inferior aos outros					
42. Dores musculares					
43. Sentir que os outros o estão a observar ou a falar de si					
44. Dificuldade em adormecer					
45. Ter que verificar várias vezes o que faz					
46. Dificuldade em tomar decisões					
47. Sentir medo de viajar de autocarro, metro ou comboio					
48. Dificuldade em respirar, sensação de falta de ar					
49. Ataques súbitos de calor ou frio					
50. Ter que evitar certas coisas, locais ou atividades porque estes o assustam					
51. Momentos com "brancas"					
52. Entorpecimento ou formigueiro em certas partes do corpo					
53. Um aperto ou nó na garganta					
54. Sentir-se sem esperança no futuro					
55. Dificuldade em concentrar-se					
56. Sensação de fraqueza em certas partes do corpo					
57. Sentir-se tenso ou agitado					
58. Sentir os braços ou as pernas pesados					
59. Pensamentos acerca da morte ou de que vai morrer					
60. Comer demais					
61. Sentir desconforto quando as pessoas estão a olhar ou a falar de si					
62. Ter pensamentos que não são seus					
63. Ter impulsos para bater, injuriar ou magoar alguém					
64. Acordar muito cedo de manhã					
65. Ter que repetir coisas como tocar, contar ou lavar					
66. Sono agitado ou perturbado					
67. Ter impulsos para partir, estragar ou esmagar coisas					
68. Ter ideias ou crenças que os outros não partilham					
69. Sentir-se muito auto consciente com os outros, na presença dos outros					
70. Sentir desconforto em multidões, como por exemplo ao fazer compras ou ir ao cinema					
71. Sentir que tudo é uma maçada, um esforço					
72. Momentos de terror ou pânico					
73. Sentir desconforto em comer ou beber em público					
74. Envolver-se em discussões frequentes					
75. Sentir-se nervoso quando está sozinho					
76. Achar que os outros não dão crédito às suas realizações					
77. Sentir-se sozinho mesmo na presença de outras pessoas					
78. Sentir-se tão agitado que não consegue estar quieto					
79. Sentir que é uma pessoa sem valor					
80. Sentir que alguma coisa má lhe vai acontecer					
81. Gritar ou atirar coisas					
82. Sentir medo de desmaiar em público					
83. Sentir que as pessoas se irão aproveitar de si, se as deixar					
84. Ter pensamentos sexuais que o perturbam muito					
85. Ter a ideia de que deve ser punido pelos seus pecados					
86. Pensamentos ou imagens de uma natureza assustadora					
87. Ter a ideia de que alguma coisa séria se passa de errado no seu corpo					
88. Nunca se sentir próximo de outra pessoa					
89. Sentimentos de culpa					
90. Ter a ideia de que se passa algo de errado com a sua mente					

3 – INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK (Beck, 1961) (in Monteiro, 2010)

Nome _____ Data _____

Este questionário é constituído por vários grupos de afirmações. Assinale a resposta que melhor descreve a forma como hoje se sente.

A. _____

- ☐ Não me sinto triste
- ☐ Ando “neura” ou triste
- ☐ Sinto-me “neura” ou triste todo o tempo e não consigo evitá-lo
- ☐ Estou tão triste ou infeliz que se torna penoso para mim
- ☐ Sinto-me tão triste ou infeliz que não consigo mais suportar

B. _____

- ☐ Não estou demasiado pessimista, nem me sinto desencorajado em relação ao futuro
- ☐ Sinto-me com medo do futuro
- ☐ Sinto que não tenho nada a esperar do que surja no futuro
- ☐ Creio que nunca conseguirei resolver os meus problemas
- ☐ Não tenho qualquer esperança no futuro e penso que a minha situação não pode melhorar

C. _____

- ☐ Não tenho a sensação de ter fracassado
- ☐ Sinto que tive mais fracassos que a maioria das pessoas
- ☐ Sinto que realizei muito pouca coisa que tivesse valor ou significado
- ☐ Quando analiso a minha vida passada, tudo o que vejo são uma quantidade de fracassos
- ☐ Sinto-me completamente falhado como pessoa (pai, mãe, marido, mulher)

D. _____

- ☐ Não me sinto descontente com nada em especial
- ☐ Sinto-me aborrecido a maior parte do tempo
- ☐ Não tenho satisfação com as coisas que me alegravam antigamente
- ☐ Nunca mais consigo obter satisfação seja com o que for
- ☐ Sinto-me descontente com tudo

E. _____

- ☐ Não me sinto culpado de nada em particular
- ☐ Sinto grande parte do tempo, que sou mau, ou que não tenho qualquer valor
- ☐ Sinto-me bastante culpado
- ☐ Agora, sinto, permanentemente, que sou mau, ou que não tenho qualquer valor
- ☐ Considero que sou muito mau e não valho absolutamente nada

F. _____

- ☐ Não sinto que esteja a ser vítima de qualquer castigo
- ☐ Tenho o pressentimento de que me pode acontecer alguma coisa de mal
- ☐ Sinto que estou a ser castigado ou que em breve serei castigado
- ☐ Sinto que mereço ser castigado
- ☐ Quero ser castigado

G.

- ☐ Não me sinto descontente comigo
- ☐ Estou desiludido comigo mesmo
- ☐ Não gosto de mim
- ☐ Estou bastante desgostoso comigo
- ☐ Odeio-me

H.

- ☐ Não sinto que seja pior do que qualquer pessoa
- ☐ Critico-me a mim mesmo, pelas minhas fraquezas ou erros
- ☐ Culpo-me das minhas próprias falhas
- ☐ Acuso-me por tudo de mal que acontece

I.

- ☐ Não tenho qualquer ideia de fazer mal a mim mesmo
- ☐ Tenho ideias de pôr termo à vida, mas não sou capaz de as concretizar
- ☐ Sinto que seria melhor morrer
- ☐ Creio que seria melhor para a família se eu morresse
- ☐ Tenho planos concretos sobre a forma de como hei-de pôr termo à vida
- ☐ Matar-me-ia se tivesse oportunidade

J.

- ☐ Atualmente não choro mais do que o costume
- ☐ Choro mais do que costumava
- ☐ Atualmente passo o tempo a chorar e não consigo parar de fazê-lo
- ☐ Costumava ser capaz de chorar, mas agora nem sequer consigo mesmo quando tenho vontade

K.

- ☐ Não ando agora mais irritado do que o costume
- ☐ Fico aborrecido ou irritado mais facilmente do que costumava
- ☐ Sinto-me permanentemente irritado
- ☐ Já não consigo ficar irritado por coisas que me irritavam antigamente

L.

- ☐ Não perdi o interesse que tinha nas outras pessoas
- ☐ Atualmente sinto menos interesse pelos outros do que costumava ter
- ☐ Perdi quase todo o interesse pelas outras pessoas, sentindo pouca simpatia por elas
- ☐ Perdi por completo o interesse pelas outras pessoas, não me importando absolutamente nada

M.

- ☐ Sou capaz de tomar decisões tão bem como antigamente
- ☐ Atualmente sinto-me menos seguro de mim mesmo e procuro evitar tomar decisões
- ☐ Não sou capaz de tomar decisões sem a ajuda das outras pessoas
- ☐ Sinto-me completamente incapaz de tomar qualquer decisão

N.

- ☐ Não acho que tenha pior aspeto do que o costume
- ☐ Estou aborrecido porque estou a parecer velho ou pouco atraente
- ☐ Sinto que se deram modificações permanentes na minha aparência que me tornam pouco atraente
- ☐ Sinto que sou feio ou que tenho um aspeto repulsivo

- O.** _____
- ☐ Sou capaz de trabalhar tão bem como antigamente
 - ☐ Agora preciso de um esforço maior do que dantes para começar a trabalhar
 - ☐ Não consigo trabalhar tão bem como costumava
 - ☐ Tenho de dispendir um grande esforço para fazer seja o que for
 - ☐ Sinto-me incapaz de realizar qualquer trabalho, por mais pequeno que seja
- P.** _____
- ☐ Consigo dormir tão bem como dantes
 - ☐ Acordo mais cansado de manhã do que era habitual
 - ☐ Acordo cerca de 1 – 2 horas mais cedo do que o costume e custa-me voltar a adormecer
 - ☐ Acordo todos os dias mais cedo do que o costume e não durmo mais do que 5 horas
- Q.** _____
- ☐ Não me sinto mais cansado do que é habitual
 - ☐ Fico cansado com mais facilidade do que antigamente
 - ☐ Fico cansado quando faço seja o que for
 - ☐ Sinto-me tão cansado que sou incapaz de fazer o que quer que seja
- R.** _____
- ☐ O meu apetite é o mesmo de sempre
 - ☐ O meu apetite não é tão bom como costumava ser
 - ☐ Atualmente o meu apetite está muito pior do que antigamente
 - ☐ Perdi completamente todo o apetite que tinha
- S.** _____
- ☐ Não tenho perdido muito peso, se é que ultimamente perdi algum
 - ☐ Perdi mais de 2,5 quilos de peso
 - ☐ Perdi mais de 5 quilos de peso
 - ☐ Perdi mais de 7,5 quilos de peso
- T.** _____
- ☐ A minha saúde não me preocupa mais do que o habitual
 - ☐ Sinto-me preocupado com dores ou sofrimentos, ou má disposição do estômago, ou prisão de ventre ou ainda outras sensações físicas desagradáveis, no meu corpo
 - ☐ Estou tão preocupado com a maneira como me sinto ou com aquilo que sinto, que se torna difícil pensar noutra coisa
 - ☐ Encontro-me totalmente preocupado pela maneira como me sinto
- U.** _____
- ☐ Não notei qualquer mudança recente no meu interesse pela vida sexual
 - ☐ Encontro-me menos interessado pela vida sexual do que costumava estar
 - ☐ Atualmente sinto-me muito menos interessado pela vida sexual
 - ☐ Perdi completamente o interesse pela vida sexual

4 – QUESTIONÁRIO DA VIDA SÓCIO-FAMILIAR

(Cooper, Osborn, Gath & Feggetter, 1982) (in Monteiro, 2010)

Nome _____ Data _____

Queremos saber como tem passado nas duas últimas semanas.

Gostaríamos que respondesse a algumas perguntas sobre o seu emprego, os seus tempos livres e a sua vida familiar. Por favor, responda às perguntas que estão nas páginas seguintes assinalando a resposta que melhor se lhe aplicar.

EMPREGO

As perguntas nesta página destinam-se a saber como tem estado no seu emprego (a tempo inteiro ou a tempo parcial). Se não está empregado(a) não responda a estas perguntas e continue com a página seguinte.

Ao longo das duas últimas semanas:

1. Tem faltado ao emprego?

Nunca___ Ocasionalmente___ Cerca de metade do tempo___ A maior parte do tempo___ Sempre___

2. Tem estado a desempenhar bem as suas tarefas?

Sempre___ A maior parte do tempo___ Cerca de metade do tempo___ Ocasionalmente___ Nunca___

3. Tem sentido vergonha da maneira como faz o seu trabalho?

Nunca___ Ocasionalmente___ Cerca de metade do tempo___ A maior parte do tempo___ Sempre___

4. Tem entrado em discussão ou conflitos com as pessoas no emprego?

Nunca___ Ocasionalmente___ Cerca de metade do tempo___ A maior parte do tempo___ Sempre___

5. Tem-se sentido preocupado(a), incomodado(a) ou perturbado(a) no emprego?

Nunca___ Ocasionalmente___ Cerca de metade do tempo___ A maior parte do tempo___ Sempre___

6. Tem sentido interesse pelo seu trabalho?

Sempre___ A maior parte do tempo___ Cerca de metade do tempo___ Ocasionalmente___ Nunca___

TAREFAS DOMÉSTICAS

As seguintes perguntas são sobre as suas tarefas domésticas.

Ao longo das duas últimas semanas:

7. Tem feito diariamente as tarefas domésticas?

Sempre___ A maior parte do tempo___ Cerca de metade do tempo___ Ocasionalmente___ Nunca___

8. Tem desempenhado bem os seus trabalhos domésticos?

Sempre___ A maior parte do tempo___ Cerca de metade do tempo___ Ocasionalmente___ Nunca___

9. Tem sentido vergonha da maneira como faz as suas tarefas domésticas?

Nunca___ Ocasionalmente___ Cerca de metade do tempo___ A maior parte do tempo___ Sempre___

10. Tem-se exaltado e discutido com vendedores ou vizinhos?

Nunca__ Ocasionalmente__ Cerca de metade do tempo__ A maior parte do tempo__ Sempre__

11. Tem-se sentido incomodado(a), preocupado(a) ou perturbado(a) enquanto faz as tarefas domésticas?

Nunca__ Ocasionalmente__ Cerca de metade do tempo__ A maior parte do tempo__ Sempre__

12. Tem achado as tarefas domésticas maçadoras, desagradáveis ou um peso para si?

Nunca__ Ocasionalmente__ Cerca de metade do tempo__ A maior parte do tempo__ Sempre__

OCUPAÇÃO DOS TEMPOS LIVRES

As seguintes perguntas têm a ver com as suas amizades e destinam-se às relações com os seus amigos e à maneira como ocupa o seu tempo livre.

Ao longo das duas últimas semanas:

13. Tem contactado com alguns dos seus amigos?

Com muita frequência__ Frequentemente__ Algumas vezes__ Muito raramente__ Nunca__

14. Tem conseguido falar abertamente, com os seus amigos, sobre os seus problemas?

Sempre__ A maior parte do tempo__ Cerca de metade do tempo__ Ocasionalmente__ Nunca__

15. Tem contactado com os seus amigos? (por ex. fazer e receber visitas, saídas, encontros)

Com muita frequência__ Frequentemente__ Algumas vezes__ Muito raramente__ Nunca__

16. Ocupou os seus tempos livres com coisas que o(a) interessam?

Sempre__ A maior parte do tempo__ Cerca de metade do tempo__ Ocasionalmente__ Nunca__

17. Tem-se exaltado ou discutido com os seus amigos?

Nunca__ Ocasionalmente__ Cerca de metade do tempo__ A maior parte do tempo__ Sempre__

18. Tem-se sentido magoado(a) ou ofendido(a) pelos seus amigos?

Nunca__ Ocasionalmente__ Cerca de metade do tempo__ A maior parte do tempo__ Sempre__

19. Tem-se sentido pouco à vontade, tenso(a) ou envergonhado(a) na presença dos outros?

Nunca__ Ocasionalmente__ Cerca de metade do tempo__ A maior parte do tempo__ Sempre__

20. Tem-se sentido só e com desejo de companhia?

Nunca__ Ocasionalmente__ Cerca de metade do tempo__ A maior parte do tempo__ Sempre__

21. Tem-se sentido aborrecido(a) quando tem tempo livre?

Nunca__ Ocasionalmente__ Cerca de metade do tempo__ A maior parte do tempo__ Sempre__

FAMÍLIA ALARGADA

As seguintes perguntas debruçam-se sobre o seu relacionamento com a sua família (os seus pais, irmãos, sogros ou filhos que não vivem consigo). Não inclui o seu cônjuge, nem os filhos que vivem consigo.

Ao longo das duas últimas semanas:

22. Tem-se exaltado ou discutido com alguém dos seus familiares?

Nunca__ Ocasionalmente__ Cerca de metade do tempo__ A maior parte do tempo__ Sempre__

23. Tem feito algum esforço para se manter em contacto com os seus familiares?

Com muita frequência__ Frequentemente__ Algumas vezes__ Muito raramente__ Nunca__

24. Tem conseguido falar abertamente, sobre os seus sentimentos, com os seus familiares?

Sempre__ A maior parte do tempo__ Cerca de metade do tempo__ Ocasionalmente__ Nunca__

25. Tem estado dependente dos seus familiares porque estes o(a) aconselham e ajudam?

Nunca__ Ocasionalmente__ Cerca de metade do tempo__ A maior parte do tempo__ Sempre__

26. Tem-se preocupado demasiadamente com o que poderia acontecer aos seus familiares?

Nunca__ Ocasionalmente__ Cerca de metade do tempo__ A maior parte do tempo__ Sempre__

27. Sente que tem desiludido alguns dos seus familiares?

Nunca__ Ocasionalmente__ Cerca de metade do tempo__ A maior parte do tempo__ Sempre__

28. Sente-se desiludido com algum dos seus familiares?

Nunca__ Ocasionalmente__ Cerca de metade do tempo__ A maior parte do tempo__ Sempre__

RELAÇÃO CONJUGAL

As seguintes perguntas são sobre o seu relacionamento com o seu cônjuge. Se não mantém uma relação conjugal deixe esta secção e continue com a próxima.

Ao longo das duas últimas semanas:

29. Têm-se exaltado ou discutido um com o outro?

Nunca__ Ocasionalmente__ Cerca de metade do tempo__ A maior parte do tempo__ Sempre__

30. Tem conseguido discutir os seus sentimentos e problemas com o(a) seu(sua) parceiro(a)?

Sempre__ A maior parte do tempo__ Cerca de metade do tempo__ Ocasionalmente__ Nunca__

31. A maioria das decisões domésticas têm sido tomadas por si?

Nunca__ Ocasionalmente__ Cerca de metade do tempo__ A maior parte do tempo__ Sempre__

32. Quando há desacordo tem tendência para ceder?

Nunca__ Ocasionalmente__ Cerca de metade do tempo__ A maior parte do tempo__ Sempre__

33. Tem partilhado as responsabilidades em relação às questões práticas que surgiram?

Sempre__ A maior parte do tempo__ Cerca de metade do tempo__ Ocasionalmente__ Nunca__

34. Tem sido obrigado(a) a depender da ajuda do(a) seu(sua) parceiro(a)?

Nunca__ Ocasionalmente__ Cerca de metade do tempo__ A maior parte do tempo__ Sempre__

35. Tem sido afetuoso(a) com o(a) seu(sua) parceiro(a)?

Sempre___ A maior parte do tempo___ Cerca de metade do tempo___ Ocasionalmente___ Nunca___

36. Com que frequência tem tido relações sexuais com o(a) seu(sua) parceiro(a)?

Quatro vezes ou mais___ Três vezes___ Duas vezes___ Uma vez___ Nunca___

37. Tem sentido algum problema durante as relações sexuais? (por ex. dor ou dificuldade em atingir o orgasmo)

Nunca___ Ocasionalmente___ Cerca de metade do tempo___ A maior parte do tempo___ Sempre___

38. Tem sentido prazer no relacionamento sexual?

Sempre___ A maior parte do tempo___ Cerca de metade do tempo___ Ocasionalmente___ Nunca___

FILHOS

As seguintes perguntas são sobre o seu relacionamento com os seus filhos. Se os seus filhos já não vivem em casa, não responda a estas perguntas e continue com a próxima secção.

Ao longo das duas ultimas semanas:

39. Tem sentido interesse pelas atividades dos seus filhos? (por ex. escola, amigos, etc.)

Sempre___ A maior parte do tempo___ Cerca de metade do tempo___ Ocasionalmente___ Nunca___

40. Tem conseguido ouvir e falar com os seus filhos?

Sempre___ A maior parte do tempo___ Cerca de metade do tempo___ Ocasionalmente___ Nunca___

41. Tem gritado ou discutido com os seus filhos?

Nunca___ Ocasionalmente___ Cerca de metade do tempo___ A maior parte do tempo___ Sempre___

42. Tem-se sentido afetuoso(a) com os seus filhos?

Sempre___ A maior parte do tempo___ Cerca de metade do tempo___ Ocasionalmente___ Nunca___

FAMÍLIA NUCLEAR

As seguintes perguntas debruçam-se sobre o seu relacionamento com a sua família imediata, isto é, o(a) seu(sua) parceiro(a) e os seus filhos que vivem consigo. Se não se encontra nesta situação, por favor, não responda.

Ao longo das duas ultimas semanas:

43. Tem-se preocupado desnecessariamente com possíveis desgraças que acontecem à sua família?

Nunca___ Ocasionalmente___ Cerca de metade do tempo___ A maior parte do tempo___ Sempre___

44. Tem sentido que alguma vez não fez o suficiente pela sua família?

Nunca___ Ocasionalmente___ Cerca de metade do tempo___ A maior parte do tempo___ Sempre___

45. Tem sentido que a sua família não faz o suficiente por si?

Nunca___ Ocasionalmente___ Cerca de metade do tempo___ A maior parte do tempo___ Sempre___

5 – INVENTÁRIO CLÍNICO MULTIAIXIAL DE MILLON (MCMI – II)

(Millon, 1987) (in Monteiro, 2010)

Data _____

Instruções

1. As páginas seguintes contêm uma série de afirmações que as pessoas utilizam para se descreverem e que o ajudarão a caracterizar os seus sentimentos e atitudes. Tente ser o mais sincero possível nas escolhas que fizer. Os resultados ajudarão o seu terapeuta a compreender os seus problemas e a planear a intervenção.
2. Não se preocupe se algumas frases lhe parecem pouco usuais. Elas estão incluídas no questionário para descreverem pessoas com problemas variados. Quando concordar com a afirmação ou decidir que esta o descreve, marque um V (exemplo – (V) F). Se discordar da afirmação ou decidir que ela não o descreve, marque F (exemplo – V (F)). Tente responder a todas as afirmações mesmo que não esteja seguro da sua escolha. Se pensou suficientemente bem e mesmo assim não consegue decidir, marque F.
3. Não há limite de tempo para preencher este questionário, mas é preferível que responda o mais rapidamente que lhe seja possível e confortável.
4. Os resultados deste questionário são estritamente confidenciais.

Dados Pessoais

Nome: _____

Sexo: M ☐ F ☐ Idade: _____ anos Data Nascimento: ____ / ____ / ____ Estado Civil: _____

Áreas Problemáticas atuais

Marital ou Familiar ☐

Profissional ou escolar ☐

Solidão ☐

Temperamento ☐

Autoconfiança ☐

Doença ou cansaço ☐

Álcool ☐

Drogas ☐

Problemas sexuais ☐

Comportamento antissocial ☐

Outros ☐

1	Sigo sempre as minhas ideias em vez de fazer aquilo que os outros esperam de mim.	V	F
2	Sempre me senti melhor a fazer as coisas calmamente sozinho do que com outras pessoas.	V	F
3	Falar com as outras pessoas tem sido quase sempre difícil e penoso para mim.	V	F
4	Acredito ter força de vontade e ser determinado em tudo aquilo de faço.	V	F
5	Nas últimas semanas começo a chorar quando a mais pequena coisa corre mal.	V	F
6	Algumas pessoas acham-me presunçoso e centrado em mim próprio.	V	F
7	Quando era adolescente tinha muitos problemas por causa do meu mau comportamento na escola.	V	F
8	Sinto sempre que não sou desejado num grupo.	V	F
9	Critico frequentemente com veemência quem me aborrece.	V	F
10	Sinto-me satisfeito por ser seguidor de outros.	V	F
11	Gosto de fazer tantas coisas diferentes que não consigo decidir o que fazer primeiro.	V	F
12	Por vezes posso ser muito duro e mau nas relações com a minha família.	V	F
13	Tenho pouco interesse em fazer amigos.	V	F
14	Penso que sou uma pessoa muito sociável e que gosta muito de se dar com os outros.	V	F
15	Sei que sou uma pessoa superior, por isso não me preocupo com o que as outras pessoas pensam.	V	F
16	As pessoas nunca me deram crédito suficiente pelas coisas que eu tenho feito.	V	F
17	Tenho um problema com a bebida que tenho tentado acabar sem sucesso.	V	F
18	Ultimamente, sinto “borboletas no estômago” e fico com suores frios.	V	F
19	Tentei sempre expor-me pouco durante as atividades sociais.	V	F
20	Farei sempre coisas pelo simples facto de poderem ser divertidas.	V	F
21	Fico muito aborrecido com as pessoas que nunca parecem ser capazes de fazer nada bem.	V	F
22	Se a minha família me pressiona, é provável que me sinta zangado e resista a fazer o que eles querem.	V	F
23	Sinto frequentemente que devo ser punido pelas coisas que fiz.	V	F
24	As pessoas gozam comigo nas minhas costas, comentando a forma como me comporto ou apareço.	V	F
25	As outras pessoas parecem mais seguras do que eu sobre quem são e o que querem.	V	F
26	Tenho tendência para desatar a chorar ou ter ataques de fúria por razões que desconheço	V	F
27	Comecei a sentir-me sozinho e vazio há cerca de um ano ou dois atrás.	V	F
28	Tenho tendência a ser dramático.	V	F
29	Tenho dificuldade em manter o equilíbrio quando ando.	V	F
30	Gosto de competição intensa.	V	F
31	Quando entro em crise procuro rapidamente alguém que me ajude.	V	F
32	Protejo-me de problemas nunca deixando as outras pessoas saberem muito a meu respeito.	V	F
33	Sinto-me fraco e cansado a maior parte do tempo.	V	F
34	As outras pessoas ficam mais zangadas com coisas aborrecidas do que eu.	V	F
35	O vício da droga sempre me meteu numa série de problemas no passado.	V	F
36	Ultimamente, dou comigo a chorar sem qualquer razão.	V	F

37	Acho que sou uma pessoa especial que merece atenção especial dos outros.	V	F
38	Nunca me deixo enganar por pessoas que dizem que precisam de ajuda.	V	F
39	Uma forma certa de tornar o mundo pacífico é melhorando a moral das pessoas.	V	F
40	No passado envolvi-me sexualmente com muitas pessoas que não significavam muito para mim.	V	F
41	Acho difícil simpatizar com pessoas que estão sempre inseguras acerca das coisas.	V	F
42	Sou uma pessoa muito concordante e submissa.	V	F
43	O meu mau génio sempre foi a causa principal dos meus problemas.	V	F
44	Não me importo de intimidar os outros para conseguir que elas façam o que eu quero.	V	F
45	Nos últimos anos até a mais pequena das coisas parecia deprimir-me.	V	F
46	O meu desejo de conseguir fazer as coisas perfeitas, atrasa frequentemente o meu trabalho.	V	F
47	Sou tão sossegado e reservado que a maioria das pessoas nem nota que eu existo.	V	F
48	Gosto de namoriscar com membros do sexo oposto.	V	F
49	Sou uma pessoa passiva e medrosa.	V	F
50	Sou uma pessoa instável, que muda constantemente de ideias e sentimentos.	V	F
51	Sinto-me muito tenso quando penso nos acontecimentos do dia.	V	F
52	Beber álcool nunca me causou problemas sérios no trabalho.	V	F
53	Ultimamente sinto não ter forças, mesmo pela manhã.	V	F
54	Comecei a sentir-me um falhado há alguns anos atrás.	V	F
55	Fico ressentido com as pessoas que têm a mania que conseguem sempre fazer as coisas melhor do que eu.	V	F
56	Sempre tive um medo terrível de perder o amor das pessoas de quem mais gosto.	V	F
57	Deixo com facilidade que as pessoas se aproveitem de mim.	V	F
58	Ultimamente, tenho vontade de partir coisas.	V	F
59	Ultimamente, tenho pensado seriamente em acabar comigo.	V	F
60	Estou sempre a tentar fazer novos amigos e a conhecer pessoas novas.	V	F
61	Controlo bastante bem as minhas finanças para estar preparado para qualquer eventualidade.	V	F
62	Estive na primeira página de várias revistas no ano passado.	V	F
63	Poucas pessoas gostam de mim.	V	F
64	Se alguém me criticasse por ter feito um erro, rapidamente apontaria alguns dos erros dessa pessoa.	V	F
65	Algumas pessoas dizem que eu gosto de sofrer.	V	F
66	Expresso frequentemente os meus sentimentos de raiva e depois sinto-me terrivelmente culpado por isso.	V	F
67	Ultimamente, sinto-me agitado e sob grande tensão, mas não sei porquê.	V	F
68	Perco frequentemente a capacidade de sentir quaisquer sensações em partes do meu corpo.	V	F
69	Acredito que existem pessoas que usam telepatia para influenciar a minha vida.	V	F
70	Tomas as chamadas drogas ilegais pode ser insensato, mas no passado eu achei que precisava delas.	V	F
71	Sinto-me sempre cansado.	V	F

72	Parece que não consigo dormir e acordo tão cansado como quando fui para a cama.	V	F
73	Tenho feito uma série de coisas estúpidas, por impulso, que acabaram por me causar muitos problemas.	V	F
74	Nunca perdoo um insulto, nem esqueço um embaraço que alguém me causou.	V	F
75	Devemos respeitar as gerações anteriores e não pensarmos que sabemos mais do que elas.	V	F
76	Presentemente, sinto-me terrivelmente deprimido e triste a maior parte do tempo.	V	F
77	Sou do tipo de pessoas de quem os outros se aproveitam.	V	F
78	Tento sempre agradar aos outros mesmo quando não gosto deles.	V	F
79	Há vários anos que me ocorrem sérios pensamentos de suicídio.	V	F
80	Descubro com facilidade como as pessoas estão a tentar causar-me problemas.	V	F
81	Sempre tive menos interesse pelo sexo do que a maioria das pessoas.	V	F
82	Não consigo compreender porquê, mas pareço gostar de magoar as pessoas que amo.	V	F
83	Há muito tempo, decidi ser melhor ter pouco a ver com as pessoas.	V	F
84	Estou disposto a lutar até à morte para não deixar que ninguém me roube a minha autodeterminação.	V	F
85	Desde criança que sempre tive de estar alerta face a pessoas que tentavam enganar-me.	V	F
86	Quando as coisas se tornam aborrecidas gosto de encontrar algo excitante.	V	F
87	Tenho um problema com o álcool que tem criado problemas, para mim e para a minha família.	V	F
88	Se alguém deseja fazer algo que exige grande paciência, deve pedir-me a mim.	V	F
89	Sou provavelmente o pensador mais criativo de entre as pessoas que conheço.	V	F
90	Não vi um único carro nos últimos 10 anos.	V	F
91	Não vejo nada de errado em usar as pessoas para obter aquilo que quero.	V	F
92	A punição nunca me impediu de fazer aquilo que queria.	V	F
93	Há muitas ocasiões em que, sem razão aparente, me sinto muito alegre e cheio de entusiasmo.	V	F
94	Quando era adolescente fugi de casa, pelo menos uma vez.	V	F
95	Digo muitas vezes coisas que me arrependo de ter dito.	V	F
96	Nas últimas semanas sinto-me exausto, sem razão especial.	V	F
97	Desde algum tempo que me tenho sentido culpado por já não conseguir fazer bem as coisas.	V	F
98	As ideias circulam no meu pensamento sem parar, e não se vão embora.	V	F
99	Tornei-me bastante desanimado e triste acerca da vida, nos últimos um ou dois anos.	V	F
100	Muitas pessoas têm vindo a espiar a minha vida privada, há anos.	V	F
101	Não sei porquê, mas às vezes digo coisas cruéis só para fazer os outros infelizes.	V	F
102	Detesto ou tenho medo da maioria das pessoas.	V	F
103	Expresso abertamente a minha opinião acerca das coisas, sem me importar com o que os outros possam pensar.	V	F
104	Quando alguma figura de autoridade insiste para que eu faça algo, é provável que não o faça, ou que o faça mal de propósito.	V	F
105	O meu hábito de abuso de drogas levou-me a faltar ao trabalho no passado.	V	F

106	Estou sempre disposto a ceder em favor de outros para evitar desacordos.	V	F
107	Estou frequentemente irritado e rabugento.	V	F
108	Já não tenho forças para ripostar.	V	F
109	Ultimamente, tenho que repetir as coisas vezes sem conta, sem razão aparente.	V	F
110	Penso frequentemente que não mereço as coisas boas que me acontecem.	V	F
111	Uso o meu charme para chamar a atenção das outras pessoas.	V	F
112	Quando estou sozinho sinto frequentemente a presença de outra pessoa que não pode ser vista.	V	F
113	Sinto-me à deriva, sem saber para onde a vida vai.	V	F
114	Ultimamente tenho suado muito e sentindo-me muito tenso.	V	F
115	Às vezes sinto que devo fazer algo para me magoar a mim ou a outras pessoas.	V	F
116	Tenho sido injustamente punido pela lei, por crimes que nunca cometi.	V	F
117	Estive muito agitado nas últimas semanas.	V	F
118	Continuo a ter pensamentos estranhos dos quais gostava de me ver livre.	V	F
119	Tenho tido muita dificuldade para tentar controlar o impulso para beber em excesso.	V	F
120	A maioria das pessoas pensa que eu não valho nada.	V	F
121	Consigo ficar muito excitado sexualmente quando luto ou discuto com a pessoa que amo.	V	F
122	Tenho sido capaz, ao longo dos anos, de manter o meu consumo de álcool no mínimo.	V	F
123	Sempre "testei" os outros para descobrir até que ponto é que eles são de confiança.	V	F
124	Mesmo quando estou acordado pareço não notar as pessoas que me rodeiam.	V	F
125	Tenho muita facilidade em fazer amigos.	V	F
126	Tenho sempre que ter a certeza de que o meu trabalho está bem planeado e organizado.	V	F
127	Frequentemente oiço as coisas tao bem, que isso me incomoda.	V	F
128	O meu humor parece mudar de dia para dia.	V	F
129	Não culpo ninguém que se aproveite de quem não se importa com isso.	V	F
130	Mudei de emprego mais de três vezes nos últimos dois anos.	V	F
131	Tenho muitas ideias que estão avançadas no tempo.	V	F
132	Há já algum tempo que me venho sentindo triste e não consigo sair deste estado.	V	F
133	Penso que é sempre melhor procurar ajuda para tudo aquilo que faço.	V	F
134	Zango-me frequentemente com as pessoas que fazem as coisas devagar.	V	F
135	Fico realmente chateado com as pessoas que esperam que eu faça aquilo que não quero.	V	F
136	Nos últimos anos tenho-me sentido tão culpado que poderei fazer algo terrível a mim próprio.	V	F
137	Nunca me isolo quando estou numa festa.	V	F
138	Dizem-me que sou uma pessoa correta e com sentido moral.	V	F
139	Por vezes fico confuso e sinto-me incomodado quando as pessoas são simpáticas para mim.	V	F
140	O meu consumo das chamadas drogas ilegais tem levado a discussões familiares.	V	F
141	Fico muito apreensivo nas relações com o sexo oposto.	V	F
142	Há membros da minha família que dizem que eu sou egoísta e que só penso em mim.	V	F

143	Não me importo que as pessoas não se interessem por mim.	V	F
144	Francamente, minto com frequência para não ter chatices.	V	F
145	As pessoas podem mudar facilmente as minhas ideias mesmo que já esteja decidido.	V	F
146	Há pessoas que me tentaram “tramar” mas eu tenho força de vontade suficiente para os neutralizar.	V	F
147	Os meus pais diziam-me com frequência que eu não prestava.	V	F
148	Faço frequentemente as pessoas zangarem-se, mandando nelas.	V	F
149	Tenho um grande respeito pelos que são hierarquicamente superiores.	V	F
150	Não tenho praticamente laços pessoais fortes com nenhuma pessoa.	V	F
151	As pessoas disseram no passado que eu fiquei demasiadamente interessado e demasiadamente entusiasmado com demasiadas coisas.	V	F
152	Voei sobre o Atlântico trinta vezes no ano passado.	V	F
153	Acredito no ditado “deitar cedo e cedo erguer...”.	V	F
154	Mereço o sofrimento que tenho experimentado na minha vida.	V	F
155	Os meus sentimentos em relação às pessoas importantes na minha vida passam frequentemente do amor ao ódio.	V	F
156	Os meus pais sempre discordaram um do outro.	V	F
157	Já me aconteceu beber dez ou mais bebidas sem ficar bêbado.	V	F
158	Nos grupos sociais fico quase sempre muito auto consciente e tenso.	V	F
159	Eu tenho em grande conta as regras porque acho que são um bom guia a seguir.	V	F
160	Desde criança que tenho vindo a perder o contacto com a realidade.	V	F
161	Raramente sinto algo com intensidade.	V	F
162	Costumava realmente ser inquieto, viajando de lugar para lugar sem saber onde iria parar.	V	F
163	Não suporto as pessoas que chegam atrasadas aos encontros.	V	F
164	Há pessoas velhacas que frequentemente tentam ficar com o crédito das coisas que fiz ou pensei.	V	F
165	Fico muito irritado se as pessoas exigem que eu faça as coisas à maneira delas, e não à minha.	V	F
166	Tenho capacidade para ter sucesso em quase tudo o que faço.	V	F
167	Ultimamente, tenho-me sentido a desfazer em pedaços.	V	F
168	Pareço encorajar as pessoas que amo a magoarem-me.	V	F
169	Nunca tive nenhum pelo nem na cabeça nem no corpo.	V	F
170	Quando estou com outras pessoas gosto de ser o centro das atenções.	V	F
171	Pessoas pelas quais tive uma grande admiração inicialmente, acabaram por me desapontar.	V	F
172	Sou do tipo de pessoas que é capaz de se dirigir a alguém e dar-lhe uma descompostura.	V	F
173	Prefiro estar com pessoas que me protejam.	V	F
174	Houve muitos períodos na minha vida em que estava tão contente e gastei tanta energia que me fui abaixo.	V	F
175	Tive dificuldades no passado em evitar o abuso de drogas ou álcool.	V	F

6 – MINNESOTA MULTIPHASIC PERSONALITY INVENTORY – 2 – MMPI-2

(Hataway & Mckinley, 1989) (in Monteiro, 2010)

INTRUÇÕES

Este questionário contém uma série de frases. Leia cada uma delas e decida se aplicadas a si são verdadeiras ou falsas. Anote as suas respostas na folha de resposta que lhe foi fornecida.

Se uma das frases se aplica a si é verdadeira ou quase sempre verdadeira deve assinalar com o lápis o espaço correspondente por baixo da letra **V**. do mesmo modo se a frase que se aplica a si é falsa ou quase sempre falsa deve assinalar o espaço situado debaixo da letra **F**. veja como se faz no seguinte exemplo:

Frases	Na folha de resposta	
	V	F
1. Gosto de música	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Levanto-me mal disposto	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Se o conteúdo de uma frase não se aplica ao seu caso ou então é algo de que não poderia decidir se é verdadeiro ou falso não faça nenhuma marca e deixe o espaço em branco.

Lembre-se que deve dar a sua própria opinião sobre si. Procure ser **SINCERO/A CONSIGO MESMO/A**.

Ao marcar as suas respostas na folha de resposta assegure-se que o número da frase à qual está a responder corresponde ao número colocado ao lado do espaço que você marca. Faça uma cruz bem visível nesse espaço. Se desejar mudar alguma resposta riste por completo o espaço e marque o outro com uma cruz. No entanto procure não deixar respostas em branco.

**NAO ESCREVA NADA NESTE CADERNO
AGORA ABRA O CADERNO E COMECE A RESPONDER ÀS QUESTÕES**

1. Gosto de revistas de mecânica.	23. Por vezes tenho ataques de riso ou choro que não consigo controlar.
2. Tenho bom apetite.	24. Por vezes estou possuído/a por espíritos diabólicos.
3. Levanto-me de manhã quase sempre “fresco/a” e descansado/a.	25. Gostaria de ser cantor/a.
4. Acho que gostaria de trabalhar como bibliotecário/a.	26. Quando estou em dificuldades ou problemas o melhor é calar-me.
5. Acordo facilmente com o barulho.	27. Quando alguém me faz mal sinto que se puder devo pagar-lhe na mesma moeda, apenas por uma questão de princípio.
6. O meu pai é um bom homem ou (se já faleceu) o meu pai foi um bom homem.	28. Sinto-me mal do estômago várias vezes por semana.
7. Gosto de ler artigos dos jornais sobre crimes.	29. Às vezes apetece-me praguejar.
8. Normalmente tenho os pés e as mãos suficientemente quentes.	30. Frequentemente tenho pesadelos durante a noite.
9. Na minha vida diária existem muitas coisas que me interessam.	31. Custa-me bastante concentrar-me numa tarefa ou num trabalho.
10. Atualmente tenho tanta capacidade para trabalhar como antes.	32. Já passei por experiências muito peculiares e estranhas.
11. Na maior parte do tempo parece que tenho um nó na garganta.	33. Raramente me preocupo com a minha saúde.
12. A minha vida sexual é satisfatória.	34. Nunca tive problemas por causa do meu comportamento sexual.
13. As pessoas deveriam tentar compreender os seus sonhos e guiar-se por eles ou tê-los como um aviso.	35. Quando era jovem houve ocasiões em que roubei algumas coisas.
14. As histórias de detetives e de mistério divertem-me.	36. Quase sempre tenho tosse.
15. Trabalho sob uma tensão muito grande.	37. Às vezes tenho vontade de partir coisas.
16. De vez em quando penso em coisas demasiado indecentes para poder falar nelas.	38. Tive períodos de dias, semanas ou meses em que não conseguia preocupar-me com as coisas porque não tinha ânimo para nada.
17. Estou certo de que a vida é dura para mim.	39. O meu sono é irregular e inquieto.
18. Sofro de náuseas e vômitos.	40. A maior parte do tempo parece que me dói a cabeça toda.
19. Quando aceito um novo emprego gosto de saber com quem é importante ser agradável.	41. Não digo sempre a verdade.
20. Raramente estou indisposto/a.	42. Se os outros não me quisessem mal eu teria tido muito mais sucesso.
21. Há alturas em que tenho desejado muitíssimo abandonar a minha casa.	43. O meu raciocínio está agora melhor do que nunca.
22. Ninguém parece compreender-me.	44. Uma vez por semana ou mais frequentemente sinto calor por todo o corpo sem causa aparente.

NÃO PARE. CONTINUE NA PÁGINA SEGUINTE

45. Tenho uma saúde física tão boa como a maior parte dos meus amigos.	67. Gosto de poesia.
46. Prefiro passar-me por despercebido com os amigos da escola ou com pessoas conhecidas que não vejo há muito tempo, a não ser que falem primeiro comigo.	68. Às vezes arrelia os animais.
47. Quase nunca me dói o peito ou o coração.	69. Acho que gostaria de trabalhar como guarda florestal.
48. Em diversas ocasiões gostaria de me sentar e sonhar acordado/a do que fazer qualquer outra coisa.	70. Deixo-me vencer facilmente numa discussão ou num debate.
49. Sou uma pessoa muito sociável.	71. Atualmente é-me difícil não perder a esperança de chegar a ser alguém.
50. Tive de receber frequentemente ordens de pessoas que sabiam menos do que eu.	72. Às vezes a minha alma abandona o meu corpo.
51. Não leio todos os dias o editorial do jornal.	73. Sem dúvida alguma não tenho confiança em mim mesmo/a.
52. Não tenho levado um tipo de vida adequado e normal.	74. Gostaria de ser florista.
53. Frequentemente parece que sinto ardores, picadas, formigueiro ou dormência em algumas partes do corpo.	75. Geralmente sinto que a vida merece ser vivida.
54. A minha família não gosta do trabalho que escolhi (ou o trabalho que penso escolher para o meu futuro).	76. Dá muito trabalho convencer a maioria das pessoas da verdade.
55. Às vezes insisto tanto numa coisa que os outros acabam por perder a paciência comigo.	77. De vez em quando deixo para amanhã o que deveria fazer hoje.
56. Gostaria de ser tão feliz como os outros parecem ser.	78. A maior parte das pessoas que me conhecem gostam de mim.
57. Raramente sinto dores na nuca.	79. Não me importo que façam troça de mim.
58. Penso que a grande maioria das pessoas exagera as suas desgraças para conquistar a simpatia e a ajuda dos outros.	80. Gostaria de ser enfermeiro/a.
59. Sinto um mal-estar no estômago quase todos os dias.	81. Acho que a maioria das pessoas é capaz de mentir para obter aquilo que quer.
60. Quando estou com pessoas incomoda-me ouvir coisas muito estranhas.	82. Faço muitas coisas de que logo me arrependo. (Arrependo-me mais dos que os outros parecem fazê-lo).
61. Sou uma pessoa importante.	83. Tenho muito poucas discussões com as pessoas da minha família.
62. Desejo frequentemente ser mulher (ou se você é mulher) nunca me incomodou ser mulher.	84. Fui suspenso da escola uma ou mais vezes por mau comportamento.
63. Os meus sentimentos não são facilmente feridos.	85. Por vezes sinto fortes desejos de fazer algo prejudicial ou chocante.
64. Gosto de ler histórias de amor.	86. Gosto de participar em reuniões ou festas onde haja muita animação.
65. Sinto-me triste a maior parte do tempo.	87. Confrontei-me com problemas que por terem diversas opções de solução me foi impossível chegar a uma decisão.
66. Seria melhor se quase todas as leis fossem abolidas.	88. Acredito que a mulher deve ter tanta liberdade sexual como o homem.

NÃO PARE. CONTINUE NA PÁGINA SEGUINTE

89. Os conflitos mais graves que tenho são comigo mesmo/a.	110. A maioria das pessoas é capaz de utilizar meios pouco honestos para não perder um benefício ou uma vantagem.
90. Gosto do meu pai (ou se já faleceu) gostava do meu pai.	111. Tenho muitos problemas de estômago.
91. Raramente ou nunca tenho espasmos ou câimbras musculares.	112. Gosto de teatro.
92. Parece que não me importo muito com o que me possa acontecer.	113. Sei quem é o responsável pela maioria dos meus problemas.
93. Por vezes fico de mau humor quando não me sinto bem.	114. Por vezes sinto-me tão atraído/a pelas coisas pessoais dos outros (como sapatos, luvas, etc.) que desejaria pegá-los ou roubá-los mesmo que não precise deles.
94. Muitas vezes sinto que fiz alguma coisa mal ou errada.	115. Quando vejo sangue não tenho medo nem me sinto mal.
95. Estou quase sempre feliz.	116. Não consigo compreender porque tenho andado frequentemente tão irritável e mal-humorado/a.
96. Vejo à minha volta coisas, animais ou pessoas que os outros não veem.	117. Nunca vomitei ou cuspi sangue.
97. A minha cabeça e o meu nariz parecem estar congestionados a maior parte do tempo.	118. Não me preocupa poder contrair doenças.
98. Algumas pessoas são tão autoritárias que me apetece fazer o contrário do que me pedem ainda que eu saiba que elas têm razão.	119. Gosto de ter flores ou cultivar plantas em casa.
99. Alguém rogou-me uma praga.	120. Frequentemente acho que é necessário defender o que é justo.
100. Nunca fiz algo perigoso só pela emoção de o fazer.	121. Nunca me envolvi em práticas sexuais fora do comum.
101. Frequentemente tenho a impressão de ter a cabeça apertada à volta.	122. Às vezes os meus pensamentos andam mais depressa do que as minhas palavras.
102. Às vezes zango-me	123. Se pudesse entrar num cinema sem pagar e tivesse seguro/a de que não iria ser visto/a provavelmente o faria.
103. Gosto mais de um jogo ou uma partida quando aposto.	124. Pergunto-me geralmente que razão oculta poderá ter uma pessoa quando me faz um favor.
104. A maioria das pessoas é honesta por ter medo de ser descoberta.	125. Creio que a minha vida familiar é tão agradável como a da maioria das pessoas que conheço.
105. Na escola fui chamado/a ao diretor algumas vezes pelo meu mau comportamento.	126. Acredito na força da lei.
106. A minha maneira de falar é igual ao que sempre foi (nem mais rápida nem mais lenta nem balbuciante nem rouca).	127. As críticas e as repreensões magoam-me profundamente.
107. Os meus modos de estar à mesa não são tão corretos em minha casa do que quando como fora.	128. Gosto de cozinhar.
108. Qualquer pessoa que seja capaz e esteja disposta a trabalhar arduamente tem muitas probabilidades de ter êxito.	129. A minha conduta é maioritariamente influenciada pelo comportamento dos que me rodeiam.
109. Parece-me que sou tão esperto/a e capaz como a maior parte dos que me rodeiam.	130. Por vezes sinto-me de facto um inútil.

NÃO PARE. CONTINUE NA PÁGINA SEGUINTE

131. Quando era criança pertencia a um grupo de amigos que tentava manter-se unido perante qualquer adversidade.	153. Gosto de conhecer algumas pessoas importantes porque isso faz-me sentir importante.
132. Acredito que existe outra vida depois desta.	154. Tenho medo quando olho para baixo de um lugar alto.
133. Gostaria de ser militar.	155. Não ficaria nervoso se um familiar meu tivesse problemas com a lei.
134. Por vezes sinto desejo de andar aos murros com alguém.	156. Só estou feliz quando ando sem destino ou viajo de um lado para o outro.
135. Frequentemente desperdiço ou não aproveito oportunidades porque não me decidi a tempo.	157. Não me preocupo com o que os outros pensam sobre mim.
136. Quando estou a trabalhar em algo importante, fico impaciente se as pessoas me interrompem ou me pedem uma opinião.	158. Sinto-me incomodado quando tenho que fazer palhaçada numa festa mesmo que os outros também o façam.
137. Costumava ter um diário.	159. Nunca desmaiei.
138. Acredito que estão a planear algo contra mim.	160. Gostava da escola.
139. Num jogo ou numa partida gosto mais de ganhar do que perder.	161. Frequentemente tenho que me esforçar para esconder a minha timidez.
140. A maioria das noites adormeço sem pensamentos ou ideias que me aborreçam.	162. Alguém tem tentado envenenar-me.
141. Durante os últimos anos tenho gozado quase sempre de boa saúde.	163. Não tenho muito medo de cobras.
142. Nunca sofri um ataque ou convulsões.	164. Nunca ou raramente tenho tonturas.
143. Neste momentos não estou a ganhar nem a perder peso.	165. A minha memória parece estar boa.
144. Acho que me estão a perseguir.	166. Estou preocupado/a com sexo.
145. Acho que tenho sido muitas vezes castigado/a sem nenhum motivo.	167. Acho difícil iniciar uma conversa com pessoas que acabei de conhecer.
146. Choro facilmente.	168. Houve períodos durante os quais realizei atividades que depois não me recordava de as ter feito.
147. Não consigo compreender tão bem o que leio como antes.	169. Quando estou aborrecido/a gosto de provocar alguma excitação.
148. Nunca me senti tão bem na minha vida como agora.	170. Tenho medo de enlouquecer.
149. Por vezes sinto a parte superior da cabeça dorida.	171. Sou contra dar dinheiro aos mendigos.
150. Às vezes sinto vontade de fazer mal a mim ou a alguém.	172. Noto frequentemente que as minhas mãos tremem quando tento fazer alguma coisa.
151. Aborreço-me o facto de alguém se ter aproveitado de mim ao ponto de eu ter reconhecido que o consegui.	173. Consigo ler durante muito tempo sem cansar a minha vista.
152. Não me canso facilmente.	174. Gosto de estudar coisas sobre as quais estou a trabalhar.

NÃO PARE. CONTINUE NA PÁGINA SEGUINTE

175. A maior parte do tempo sinto uma fraqueza geral.	197. Acho que gostaria da profissão de encarregado de obras.
176. É raro ter dores de cabeça.	198. Oíço frequentemente vozes que não sei de onde vêm.
177. As minhas mãos não se tornaram desajeitadas nem perderam a habilidade.	199. Gosta de ciência.
178. Por vezes quando fico embaraçado/a começo a suar, o que me incomoda imenso.	200. Não me custa pedir ajuda aos meus amigos mesmo que não possa devolver-lhes o favor.
179. Não tenho tido dificuldades em manter o equilíbrio quando caminho.	201. Gosto muito de caçar.
180. Alguma coisa não funciona bem na minha cabeça.	202. Os meus pais opuseram-se muitas vezes ao tipo de pessoas com quem me dava.
181. Não tenho crises de “febre dos fenos” ou de asma.	203. Às vezes sou um pouco bisbilhoteiro.
182. Já tive ataques durante os quais perdi o controlo dos meus movimentos ou da fala mas sabia o que se estava a passar à minha volta.	204. Aparentemente oíço tão bem como a maioria das pessoas.
183. Não gosto de todas as pessoas que conheço.	205. Alguns dos meus familiares têm hábitos que me aborrecem e incomodam muitíssimo.
184. É raro sonhar acordado.	206. Às vezes sinto que sou capaz de tomar decisões com uma facilidade extraordinária.
185. Gostava de não ser tão tímido/a.	207. Gostaria de pertencer a vários clubes ou associações.
186. Não tenho medo de lidar com o dinheiro.	208. Raramente sinto palpitações no coração ou falta de ar.
187. Se fosse jornalista gostaria muito de fazer reportagens sobre teatro.	209. Gosto de falar sobre sexo.
188. Aprecio uma grande variedade de jogos e passatempos.	210. Gosto de visitar lugares onde nunca estive.
189. Gosto de namoriscar.	211. Fui inspirado num estilo de vida baseado no dever o qual tenho seguido cuidadosamente.
190. A minha família trata-me mais como uma criança do que como um adulto.	212. Por vezes impedi alguém de fazer alguma coisa não porque fosse importante mas por questão de princípios.
191. Gostava de ser jornalista.	213. Fico facilmente furioso mas passa-me depressa.
192. A minha mãe é uma boa mulher (ou se já faleceu) a minha mãe foi uma boa mulher.	214. Tenho sido bastante livre e independente da disciplina familiar.
193. Quando ando tenho muito cuidado com os buracos do passeio.	215. Preocupo-me muito com as coisas.
194. Nunca tive erupção na pele que me tivesse preocupado.	216. Alguém tentou roubar-me.
195. Na minha família há pouca união e afeto comparado com outras famílias.	217. Quase todos os meus familiares simpatizam comigo.
196. Frequentemente dou comigo preocupado/a com alguma coisa.	218. Tenho períodos de tanta agitação que não consigo estar muito tempo sentado/a numa cadeira.

NÃO PARE. CONTINUE NA PÁGINA SEGUINTE

219. Sofri desgostos amorosos.	241. É mais seguro não confiar em ninguém.
220. Nunca me preocupo com a minha aparência física.	242. Fico muito agitado/a uma vez por semana ou até com mais frequência.
221. Sonho frequentemente com coisas que é melhor guardá-lo para mim.	243. Quando estou com um grupo de pessoas tenho dificuldade em pensar em temas adequados para falar.
222. Deveriam ensinar-se às crianças todos os aspetos principais da vida sexual.	244. Quando me sinto abatido/a alguma coisa emocionante me tira quase sempre desse estado.
223. Acho que não sou mais nervoso/a do que a maioria das pessoas.	245. Quando saio de casa não me preocupo se a porta ou as janelas ficaram bem fechadas.
224. Tenho poucas ou nenhuma dor.	246. Acredito que os meus pecados são imperdoáveis.
225. A minha maneira de fazer as coisas tende a ser mal interpretada pelos outros.	247. Tenho uma ou mais partes da minha pele dormentes.
226. Algumas vezes sem nenhuma razão mesmo quando as coisas correm mal sinto-me extremamente feliz como se “andasse nas nuvens”.	248. Não censuro uma pessoa que se aproveita de outra se essa outra deixar.
227. Não censuro as pessoas que procuram tirar partido de tudo o que podem, neste mundo.	249. A minha vista está tão boa agora como sempre esteve.
228. Existem pessoas que tentam roubar os meus pensamentos e as minhas ideias.	250. Às vezes diverte-me tanto uma habilidade de um patife que chego a desejar que não seja apanhado.
229. Tive momentos de tanta confusão que interrompi as minhas atividades e não sabia o que se passava à minha volta.	251. Frequentemente tenho a sensação de que desconhecidos olham para mim de uma forma crítica.
230. Consigo ser amigável com pessoas que fazem coisas que eu considero incorretas.	252. Tudo tem o mesmo sabor.
231. Gosto de estar em grupos em que as pessoas brincam umas com as outras.	253. Bebo uma quantidade excessiva de água todos os dias.
232. Algumas vezes voto nas eleições em pessoas que não conheço muito bem.	254. A maior parte das pessoas faz amigos porque é provável que lhes venham a ser úteis.
233. Tenho dificuldade em começar a fazer coisas.	255. É raro sentir zumbidos ou assobios nos ouvidos.
234. Acredito que sou uma pessoa condenado/a.	256. Por vezes sinto ódio de familiares de quem normalmente gosto.
235. Quando andava na escola era lento a aprender.	257. Se fosse jornalista gostava muito de fazer reportagens sobre desporto.
236. Se fosse artista gostaria de desenhar flores.	258. Consigo dormir durante o dia mas não à noite.
237. Não me preocupa o facto de não ter uma melhor aparência física.	259. Tenho a certeza de que as pessoas falam de mim.
238. Transpiro muito facilmente mesmo nos dias frios.	260. De vez em quando as piadas ordinárias divertem-me.
239. Sou uma pessoa plenamente segura de mim mesma.	261. Tenho muito poucos medos comparado com os meus amigos.
240. Algumas vezes não consegui evitar roubar algo ou levar alguma coisa de uma loja.	262. Não sentiria qualquer vergonha se estivesse num grupo e me pedissem para começar um debate ou dar a minha opinião acerca de algo que conheço bem.

NÃO PARE. CONTINUE NA PÁGINA SEGUINTE

263. Sinto-me sempre desgostoso/a com a justiça quando um criminoso sai em liberdade graças aos argumentos de um advogado astuto.	284. Penso que quase toda a gente mentiria, para evitar problemas.
264. Tenho abusado das bebidas alcoólicas.	285. Sou mais sensível que a maioria das pessoas.
265. Geralmente não falo às pessoas a não ser que elas me falem primeiro.	286. No fundo, a maior parte das pessoas não gosta de se incomodar para ajudar os outros.
266. Nunca tive problemas com a lei.	287. Muitos dos meus sonhos estão relacionados com sexo.
267. Tenho alturas em que me sinto mais animado/a sem nenhuma razão especial.	288. Os meus pais e a minha família encontram em mim mais defeitos do que deviam.
268. Gostaria de não ser incomodado/a por pensamentos de ordem sexual.	289. Facilmente me sinto envergonhado/a.
269. Se várias pessoas se encontram metidas num sarilho, o melhor que têm a fazer é concordarem numa história e agarrarem-se a ela.	290. Preocupo-me com o dinheiro e os negócios.
270. Não me incomoda particularmente ver os animais a sofrer.	291. Nunca estive apaixonado/a por ninguém.
271. Acho que sinto as coisas mais intensamente do que a maioria das pessoas.	292. Algumas pessoas da minha família fizeram coisas que me assustaram.
272. Em nenhum período da minha vida gostei de brincar com bonecas.	293. Quase nunca sonho.
273. Com frequência a vida é-me difícil.	294. Aparecem-me com frequência manchas vermelhas no pescoço.
274. Sou tão sensível em relação a alguns temas que nem sequer posso falar neles.	295. Nunca fiquei paralisado nem tive qualquer debilidade invulgar de natureza muscular.
275. Na escola custava-me muito falar perante a turma.	296. Algumas vezes fico sem voz ou a minha voz altera-se mesmo não estando constipado/a.
276. Gosto da minha mãe (ou se já faleceu) gostei da minha mãe.	297. Frequentemente a minha mãe ou o meu pai obrigaram-me a obedecer mesmo quando eu pensava que não tinham razão.
277. Mesmo quando estou com pessoas sinto-me sozinho/a a maior parte do tempo.	298. Às vezes sinto cheiros estranhos.
278. Tenho toda a compreensão que deveria receber.	299. Não consigo concentrar-me numa só coisa.
279. Recuso-me a participar em alguns jogos porque não sou bom neles.	300. Tenho motivos para sentir ciúmes de um ou mais membros da minha família.
280. Parece-me que faço amigos tão facilmente como os outros.	301. A maior parte do tempo sinto-me ansioso/a com alguma coisa ou com alguém.
281. Não gosto de ter gente à minha volta.	302. Facilmente perco a paciência com as pessoas.
282. Disseram-me que ando enquanto estou a dormir.	303. Na maior parte do tempo desejaria estar morto.
283. Quem provoca a tentação deixando uma coisa valiosa sem a proteger, é tão culpado do roubo como o próprio ladrão.	304. Algumas vezes, sinto-me tão inquieto/a que me custa adormecer à noite.

NÃO PARE. CONTINUE NA PÁGINA SEGUINTE

305. Sem dúvida, tive que me preocupar com mais coisas do que as que me diziam respeito.	327. Por vezes, gosto de magoar as pessoas que amo.
306. Ninguém se preocupa o suficiente com o que acontece comigo.	328. Facilmente consigo que as pessoas tenham medo de mim e, às vezes faço-o por divertimento.
307. É raro sentir zumbidos ou assobios nos ouvidos.	329. Para mim é mais difícil concentrar-me do que parece ser para as outras pessoas.
308. Por vezes sinto ódio de familiares de quem normalmente gosto.	330. Houve várias ocasiões em que desisti de fazer algo, porque duvidei das minhas capacidades.
309. Se fosse jornalista gostava muito de fazer reportagens sobre desporto.	331. Quando me vêm à minha cabeça palavras ou palavras terríveis não consigo libertar-me deles/as.
310. Consigo dormir durante o dia mas não à noite.	332. Por vezes sinto que um pensamento sem importância anda às voltas na minha cabeça atormentando-me durante dias.
311. Às vezes, oiço tão bem que me chega a incomodar.	333. Quase todos os dias, acontece alguma coisa que me assusta.
312. Esqueço logo aquilo que me dizem.	334. Às vezes estou cheio/a de energia.
313. Normalmente, tenho que pensar primeiro antes de agir, mesmo em assuntos pouco importantes.	335. Por vezes tenho sentido que as dificuldades me sobrecarregam de tal modo que não consigo superá-las.
314. Frequentemente atravesso a rua para evitar encontrar-me com alguma pessoa.	336. Gosto muito de ir dançar.
315. Frequentemente sinto as coisas como se não fossem reais.	337. Há alturas em que a minha mente parece funcionar mais lentamente que o costume.
316. A única parte interessante dos jornais são as caricaturas da secção cómica.	338. Quando viajo falo frequentemente com pessoas que não conheço.
317. Tenho o costume de contar as coisas sem importância, como as letras de um anúncio de rua ou outras semelhantes.	339. Gosto de crianças.
318. Não tenho inimigos que desejem realmente fazer-me mal.	340. Gosto de apostar quando se trata de pouco dinheiro.
319. Tenho tendência a acautelar-me com as pessoas que são mais amigáveis comigo do que esperava.	341. Se me dessem oportunidade poderia fazer coisas que beneficiariam muito a humanidade.
320. Tenho pensamentos estranhos e raros.	342. Tenho encontrado frequentemente pessoas supostamente mais experientes, mas que não se mostraram melhores do que eu.
321. Fico nervoso/a e inquieto/a quando tenho que fazer uma pequena viagem.	343. Sinto-me um/a fracassado/a quando me falam do sucesso de alguém que conheço bem.
322. Normalmente espero ter êxito nas coisas que faço.	344. Penso com frequência: "Gostava de voltar a ser criança".
323. Oiço coisas estranhas quando estou sozinho/a.	345. Nunca sou tão feliz, como quando estou sozinho/a.
324. Tive medo de coisas ou pessoas que eu sabia que não me podia fazer mal.	346. Se me dessem oportunidade, poderia ser um bom/boa líder.
325. Não tenho receio de entrar sozinho/a numa sala onde outras pessoas já estão reunidas a conversar.	347. Sinto-me incomodado/a quando oiço anedotas ordinárias.
326. Tenho medo de utilizar facas ou objetos muito afiados e pontiagudos	352. Normalmente as pessoas exigem mais respeito para os seus próprios direitos do que aqueles que estão dispostas a ceder aos outros.

NÃO PARE. CONTINUE NA PÁGINA SEGUINTE

353. Gosto de reuniões sociais pelo simples facto de estar com pessoas.	375. Sinto-me nervoso/a quando as pessoas me fazer perguntas pessoais.
354. Tento recordar histórias interessantes para poder contá-las aos outros.	376. Sinto que não posso planificar o meu próprio futuro.
355. Uma ou mais vezes, na minha vida senti que por hipnotismo alguém me obrigava a fazer algo.	377. Não estou satisfeito/a com a minha maneira de ser.
356. Custa-me bastante interromper, ainda que seja por pouco tempo, uma tarefa que já tinha iniciado.	378. Zango-me quando os meus amigos ou familiares me dizem como devo viver a minha vida.
357. Normalmente não participo nos mexericos e boatos do grupo a que pertença.	379. Bateram-me muito quando era criança.
358. Encontro com frequência pessoas com inveja das minhas boas ideias simplesmente porque não lhes ocorreram primeiro.	380. Sinto-me incomodado/a quando as pessoas me elogiam.
359. Gosto da animação de uma multidão.	381. Não gosto de ouvir outras pessoas a dar as suas opiniões sobre a vida.
360. Não me importo de encontrar pessoas desconhecidas.	382. Com frequência discordo profundamente das pessoas que me são próximas.
361. Alguém tem tentado influenciar a minha mente.	383. Quando as coisas estão realmente mal, sei que posso contar com a ajuda da minha família.
362. Lembro-me de ter fingido estar doente para evitar alguma coisa.	384. Quando era pequeno/a gostava de brincar às "casinhas".
363. As minhas preocupações parecem desaparecer quando estou num grupo de amigos.	385. Não tenho medo do fogo.
364. Quando as coisas correm mal facilmente me dou por vencido/a.	386. Houve ocasiões em que me afastei de pessoas porque tive medo de fazer ou de dizer alguma coisa de que logo me viesse a arrepender.
365. Gosto que as pessoas conheçam o meu ponto de vista sobre as coisas.	387. Só quando bebo é que consigo expressar os meus verdadeiros sentimentos.
366. Tive alturas em que me sentia tão animado/a que parecia que durante dias não precisava dormir.	388. Muito raramente tenho momentos de desânimo.
367. Sempre que possível evito estar no meio de muita gente.	389. Dizem-me frequentemente que tenho mau feitio.
368. Evito enfrentar uma crise ou dificuldades.	390. Queria poder esquecer-me de coisas que disse e que talvez possam ter ferido os sentimentos de outras pessoas.
369. Tenho tendência a deixar de fazer coisas que desejo quando os outros pensam que não vale a pena fazê-lo.	391. Sinto-me incapaz de contar a alguém tudo a meu respeito.
370. Gosto de festas e reuniões sociais.	392. Os relâmpagos são um dos meus medos.
371. Frequentemente desejei pertencer ao sexo oposto.	393. Gosto de deixar os outros curiosos com o que vou fazer a seguir.
372. Não me zango facilmente.	394. Encontro frequentemente tantas dificuldades nos meus planos que tenho que os abandonar.
373. No passado fiz coisas erradas que nunca contei a ninguém.	395. Tenho medo de estar sozinho/a no escuro.
374. A maioria das pessoas utilizaria meios pouco honestos para subir na vida.	396. Houve alturas em que me senti muito mal por não ter sido compreendido/a quando tentava evitar que alguém cometesse um erro.

NÃO PARE. CONTINUE NA PÁGINA SEGUINTE

397. Tenho pavor dos temporais com vento muito forte.	418. É correto contornar os limites da lei desde que na realidade não a violemos.
398. Peço frequentemente conselhos aos outros.	419. Desagradam-me tanto algumas pessoas que fico interiormente satisfeito quando sofrem as consequências do que fizeram.
399. O futuro é demasiado incerto para que uma pessoa faça planos importantes.	420. Ter de esperar deixa-me nervoso/a.
400. Com frequência mesmo quando tudo me está a correr bem, sinto que nada me importa.	421. Tenho tendência a deixar de fazer alguma coisa que desejo quando os outros pensam que essa não é a melhor maneira de o fazer.
401. Não tenho medo da água.	422. Quando era mais jovem adorava tudo o que era emocionante.
402. Com frequência tenho que “consultar a almofada” antes de tomar uma decisão.	423. Frequentemente esforço-me por vencer alguém que me enfrenta.
403. Frequentemente, as pessoas interpretam mal as minhas intenções quando procuro corrigi-las ou ajudá-las.	424. Incomoda-me que as pessoas olhem para mim na rua, nos transportes, nas lojas, etc.
404. Não tenho dificuldades em engolir.	425. O homem que mais cuidou de mim quando eu era criança (o meu pai, o meu padrasto, etc.) foi muito rígido comigo.
405. Normalmente sou uma pessoa calma e não me altero facilmente.	426. Gosto de jogar “à macaca” (apanhar uma pedra no chão ao pé coxinho) e saltar à corda.
406. Seguramente gostaria de vencer uma pessoa manhosa recorrendo às mesmas armas que ela utiliza.	427. Nunca tive visões.
407. Mereço ser rigorosamente castigado/a.	428. Mudei várias vezes a minha forma de sentir em relação ao meu trabalho.
408. As decepções afetam-me tanto que não posso deixar de pensar nelas.	429. A não ser por receita médica, nunca tomo drogas ou comprimidos para dormir.
409. Incomoda-me que me observem quando estou a trabalhar, mesmo que saiba que o posso fazer bem.	430. Frequentemente lamento ter tão mau feitio ou ser tão resmungão/ona.
410. Frequentemente chateia-me tanto que se ponham à minha frente numa fila, que não consigo evitar de chamar à atenção.	431. Na escola as minhas notas de comportamento foram geralmente más.
411. Às vezes penso que não valho nada.	432. O fogo fascina-me.
412. Quando era miúdo/a frequentemente não ia à escola mesmo quando devia ir.	433. Quando estou numa situação difícil, digo apenas a parte da verdade que provavelmente não me vai prejudicar.
413. Um ou mais dos meus familiares são muito nervosos.	434. Se estiver em dificuldades com amigos que são tão culpados como eu, prefiro ficar com a culpa toda em vez de os acusar.
414. Por vezes tive que ser duro com as pessoas mal-educadas ou desagradáveis.	435. Frequentemente tenho medo do escuro.
415. Preocupo-me bastante com possíveis desgraças.	436. Quando um homem está com uma mulher pensa, geralmente, em coisas relacionadas com sexo.
416. Tenho opiniões políticas bem definidas.	436. Quando um homem está com uma mulher pensa, geralmente, em coisas relacionadas com sexo.
417. Gostaria de ser piloto de automóveis de competição.	437. Geralmente “sou muito direto” a falar com as pessoas que tento corrigir ou melhorar.

NÃO PARE. CONTINUE NA PÁGINA SEGUINTE

438. Aterroriza-me a ideia de um terramoto.	459. Consigo suportar a dor, tanto como as outras pessoas.
439. Rapidamente me convencem totalmente de uma boa ideia.	460. Por diversas vezes, fui o/a último/a a dar-me por vencido/a ao tentar fazer alguma coisa.
440. Geralmente faço as coisas por mim mesmo/a, em vez de procurar alguém que me diga como fazê-las.	461. Irrito-me quando os outros me apressam.
441. Tenho medo de estar num lugar pequeno ou fechado.	462. Não tenho medo de ratos.
442. Tenho que admitir que por vezes me preocupo demasiado com algo sem importância.	463. Várias vezes por semana sinto que vai acontecer algo terrível.
443. Não procuro disfarçar ou esconder a pena ou a fraca opinião que tenho de uma pessoa, ao ponto de ela desconhecer o que eu sinto.	464. Sinto-me cansado/a a maior parte do tempo.
444. Sou uma pessoa muito nervosa.	465. Gosto de consertar as fechaduras das portas.
445. Trabalhei, frequentemente, sob ordens de pessoas que pareciam organizar as coisas de maneira a terem o reconhecimento de um bom trabalho, mas que em contrapartida eram capazes de atribuir os seus erros aos empregados.	466. Algumas vezes tenho a certeza de que os outros podem saber o que estou a pensar.
446. Por vezes é-me difícil defender os meus direitos por ser tão calado/a.	467. Gosto de ler sobre temas científicos.
447. A sujidade apavora-me ou enoja-me	468. Tenho medo de estar sozinho/a em lugares amplos e abertos.
448. Vivo uma vida de sonhos, da qual não revelo nada a ninguém.	469. Às vezes sinto que estou à beira de um "ataque de nervos".
449. Alguns dos meus familiares "fervem em pouca água".	470. Um grande número de pessoas é culpado de um mau comportamento sexual.
450. Não consigo fazer nada bem feito.	471. Frequentemente sinto medo a meio da noite.
451. Frequentemente sinto-me culpado/a por fingir sofrer mais do que aquilo que realmente sinto.	472. Aborreço-me muito esquecer onde ponho as coisas.
452. Como regra defendo fortemente as minhas opiniões.	473. A pessoa por quem senti mais afeto e admiração quando era pequeno/a, foi uma mulher (mãe, irmã, tia ou outra mulher).
453. Não tenho medo de aranhas.	474. Gosto mais de histórias de aventuras do que românticas.
454. Não tenho esperança no meu futuro.	475. Frequentemente sinto-me confuso/a e esqueço-me do que quero dizer.
455. Os meus familiares mais próximos dão-se muito bem.	476. Sou muito desajeitado/a e pouco desembaraçado/a.
456. Gosto de vestir roupa cara.	477. Gosto, realmente, de jogar desportos violentos (como o rugby e o futebol).
457. As pessoas podem fazer-me mudar de opinião facilmente mesmo nos assuntos em que penso ter uma ideia bem definida.	478. Odeio toda a minha família.
458. Alguns animais deixam-me nervoso.	479. Algumas pessoas pensam que é difícil chegar a conhecer-me.

NÃO PARE. CONTINUE NA PÁGINA SEGUINTE

480. Passo sozinho/a a maior parte do meu tempo livre.	503. Quando é preciso resolver problemas habitualmente deixo que os outros os resolvam.
481. Quando alguém faz alguma coisa que me irrita, faço com que o saiba.	504. Reconheço que tenho alguns defeitos que não serei capaz de mudar.
482. Frequentemente custa-me decidir o que devo fazer.	505. Estou tão farto/a das coisas que tenho que fazer diariamente que tenho vontade de abandonar tudo.
483. As pessoas não me consideram atraente.	506. Recentemente pensei em matar-me
484. As pessoas não se mostram muito amáveis comigo.	507. Frequentemente irrita-me muito quando as pessoas interrompem o meu trabalho.
485. Sinto com frequência que não sou tão bom/boa como as outras pessoas.	508. Sinto com frequência que posso ler a mente dos outros.
486. Sou muito teimoso/a (decidido/a, insistente).	509. Fico nervoso/a ao ter que tomar decisões importantes.
487. Gostei de consumir drogas.	510. Dizem que como demasiado rápido.
488. A doença mental é um sinal de debilidade.	511. Uma vez por semana ou com mais frequência costumo embebedar-me ou drogar-me
489. Tenho problemas com as drogas e com o álcool.	512. Sofri uma perda importante na minha vida que não vou poder ultrapassar.
490. Os fantasmas e os espíritos podem influenciar as pessoas para o bem e para o mal.	513. às vezes aborreço-me e altero-me tanto que não sei o que se passa comigo.
491. Sinto-me incapaz quando tenho que tomar uma decisão importante.	514. Quando alguém me pede para fazer alguma coisa custa-me dizer que não.
492. Procuro sempre ser amável mesmo quando os outros se mostram aborrecidos e críticos.	515. Nunca me sinto tão feliz como quando estou sozinho/a.
493. Quando tenho algum problema alivia-me poder falar com alguém.	516. A minha vida está vazia e não tem sentido.
494. Os objetivos mais importantes da minha vida estão ao meu alcance.	517. Tenho dificuldade em manter um trabalho.
495. Acho que as pessoas deveriam guardar para si os seus problemas pessoais.	518. Cometi bastantes erros graves na minha vida.
496. Nos últimos dias não tenho sentido muita pressão ou stresse.	519. Chateio-me comigo mesmo/a quando cedo perante os outros.
497. Aborreço-me muito pensar em fazer mudanças na minha vida.	520. Ultimamente tenho pensado muito em suicidar-me.
498. Os meus maiores problemas devem-se ao comportamento de alguém que está próximo de mim.	521. Gosto de tomar decisões e de organizar o trabalho dos outros.
499. Detesto ir ao médico mesmo quando estou doente.	522. Mesmo que me falte a família sei que haverá sempre alguém que cuide de mim.
500. Mesmo não estando contente com a minha vida já não posso fazer nada para a mudar.	523. Detesto ficar na fila para os cinemas, restaurantes ou espetáculos desportivos.
501. Frequentemente é mais proveitoso falar dos problemas e preocupações com alguém do que tomar calmantes e medicamentos.	524. Ninguém sabe, mas tentei suicidar-me.
502. Tenho alguns hábitos que realmente me fazem mal.	525. Está tudo a acontecer muito rápido à minha volta.

NÃO PARE. CONTINUE NA PÁGINA SEGUINTE

526. Sei que sou um peso para os outros.	547. Com frequência, guardo e conservo coisas que provavelmente nunca usarei.
527. Depois de um mau dia, geralmente preciso beber "uns copos" para me relaxar.	548. Algumas vezes zanguei-me tanto com uma pessoa que cheguei a magoá-la fisicamente.
528. Muitos dos problemas que tenho tido devem-se ao azar.	549. Em tudo o que tenho feito ultimamente sinto que estou a ser testado/a.
529. Às vezes parece que não consigo deixar de falar.	550. Atualmente relaciono-me pouco com os meus familiares.
530. Em algumas ocasiões corto-me ou firo-me de propósito, sem saber porquê.	551. Em certas ocasiões parece que oiço os meus próprios pensamentos em voz alta.
531. Trabalho muitas horas mesmo que o meu trabalho não o exija.	552. Quando estou triste, visitar os meus amigos consegue tirar-me desse estado.
532. Habitualmente sinto-me melhor depois de chorar bastante.	553. Muitas das coisas que estão a acontecer-me agora, parece que já me aconteceram antes.
533. Esqueço-me onde deixo as coisas.	554. Quando a minha vida se complica tenho vontade de deixar tudo.
534. Se pudesse começar a minha vida de novo não a mudaria muito.	555. Não consigo entrar sozinho/a num quarto escuro mesmo na minha própria casa.
535. Irrito-me muito quando as pessoas das quais dependo para trabalhar não fazem o seu trabalho a tempo.	556. Preocupa-me bastante o dinheiro.
536. Se me zango tenho a certeza que me vai doer a cabeça.	557. O homem deveria ser o chefe da família.
537. Gosto de negociar em situações difíceis.	558. O único lugar onde me sinto relaxado é na minha própria casa.
538. A maioria dos maridos é infiel às suas esposas de vez em quando.	559. As pessoas com quem trabalho não compreendem os meus problemas.
539. Ultimamente perdi o interesse em resolver os meus próprios problemas.	560. Estou satisfeito/a com o montante de dinheiro que ganho.
540. Sob o efeito de álcool enfureci-me e destruí móveis ou loiça.	561. Normalmente tenho energia suficiente para realizar o meu trabalho.
541. Trabalho melhor quando tenho um prazo fixo para cumprir.	562. Custa-me aceitar elogios.
542. Zanguei-me tanto com uma pessoa que estive perto de explodir.	563. Na maioria dos casamentos um ou ambos os cônjuges são infelizes.
543. Por vezes tenho pensamentos terríveis sobre a minha família.	564. Quase nunca perco o controlo de mim mesmo/a.
544. As pessoas dizem-me que tenho problemas com o álcool, mas eu não concordo.	565. Ultimamente tenho que fazer um grande esforço para me lembrar do que as pessoas me disseram.
545. Tenho sempre muito pouco tempo para fazer as coisas.	566. Quando estou triste e abatido /a, geralmente é o meu trabalho que sai prejudicado.
546. Ultimamente os meus pensamentos centram-se, cada vez mais, na morte e na vida do além.	567. A maioria dos casais que estão casados não demonstra muito afeto um pelo outro.

FIM DO QUESTIONÁRIO.

**SE TERMINOU ANTES
DO TEMPO PROPOSTO
VERIFIQUE SE RESPONDEU
A TODAS AS QUESTÕES**

ANEXO V – QUESTIONÁRIO SOBRE CIRURGIAS DE REATRIBUIÇÃO SEXUAL

Questionário sobre Cirurgias de Reatribuição Sexual

(Couto, J. G., 2013 – versão para investigação)

Com este instrumento pretende-se aferir do fenómeno da transexualidade através da realização das cirurgias de reatribuição sexual.

Para a realização do referido estudo, solicita-se a resposta ao questionário que se segue.

Mais se informa que todos os dados recolhidos serão tratados de forma confidencial, tendo como objetivo exclusivo a elaboração desta investigação.

A investigadora compromete-se a disponibilizar as conclusões retiradas do estudo.

QUESTIONÁRIO

Dados de Identificação:

1 Nome _____

2 Categoria Profissional _____

3 Grau Académico _____

Experiência Profissional Específica:

4 Desde quando é que realiza cirurgias de reatribuição sexual no SNS? _____

5 Desde a data indicada em 4 até março de 2011, em que unidade de saúde é que realizava essas cirurgias? _____

6 Desde a data indicada em 4 até março de 2011, quantas cirurgias realizou de F→M? _____

7 Que tipo de cirurgias efetuou nos casos de F→M? E quantas em cada um dos tipos?

- Mastectomias
- Histerectomia
- Metoidoplastia
- Faloplastia

- Outras. Quais?

_____	<input type="text"/>
_____	<input type="text"/>
_____	<input type="text"/>
_____	<input type="text"/>

8 Desde a data indicada em **4** até março de 2011, quantas cirurgias realizou de M→F? _____

9 Que tipo de cirurgias efetuou nos casos de M→F? E quantas em cada um dos tipos?

• Cirurgias Genitais	<input type="text"/>
• Aumento mamário (Colocação de Próteses)	<input type="text"/>
• Outras. Quais?	
_____	<input type="text"/>
_____	<input type="text"/>
_____	<input type="text"/>
_____	<input type="text"/>

10 Desde março de 2011 até à presente data, continua a realizar cirurgias de reatribuição sexual?

Sim Não

11 Se sim, desde março de 2011 até à presente data, em que unidade de saúde é que realiza essas cirurgias? _____

12 Desde março de 2011 até à presente data, quantas cirurgias realizou de F→M? _____

13 Que tipo de cirurgias efetuou nos casos de F→M? E quantas em cada um dos tipos?

• Mastectomia	<input type="text"/>
• Histerectomia	<input type="text"/>
• Metoidoplastia	<input type="text"/>
• Faloplastia	<input type="text"/>
• Outras. Quais?	
_____	<input type="text"/>
_____	<input type="text"/>
_____	<input type="text"/>
_____	<input type="text"/>

14 Desde março de 2011 até à presente data, quantas cirurgias realizou de M→F? _____

15 Que tipo de cirurgias efetuou nos casos de M→F? E quantas em cada um dos tipos?

- Cirurgias Genitais
- Aumento mamário (Colocação de Próteses)
- Outras. Quais?

Obrigada pela colaboração.

ANEXO VI – ARTIGO PUBLICADO

**ANEXO VII – AUTORIZAÇÃO DE UTILIZAÇÃO DAS FOTOS E DEMAIS
INFORMAÇÃO – DR. JOÃO DÉCIO FERREIRA**
